

Relatório Final de Estágio Profissional

ESTRATÉGIAS E DIFICULDADES DE COMUNICAÇÃO DO ENFERMEIRO COM O DOENTE CRÍTICO E FAMÍLIA: *SCOPING REVIEW*

Gil Fernando Costa Alves Angélico

Relatório Final de Estágio Profissional apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Orientação Científica: Professora Doutora Maria Gorete de Jesus Baptista

Bragança, 2023

Angélico GFCA. Estratégias e dificuldades de comunicação do enfermeiro com o doente crítico e família: Scoping Review. Instituto Politécnico de Bragança, 2023.

“Se tivesse que fazer tudo de novo, faria tudo de novo; pois é da minha personalidade!”

Renato Russo

Resumo

O presente trabalho, insere-se no plano de estudos do III Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, da Unidade Curricular Semestral, Estágio com relatório da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. A unidade curricular contempla três campos de estágio, com um total de 540 horas de contacto dedicados a prática clínica, que decorreram no período de setembro de 2019 a fevereiro de 2020.

Os ensinamentos clínicos foram realizados em três serviços: Centro de Hemodiálise, Serviço de Medicina Intensiva (SMI), Serviço de Urgência Polivalente (SUP). Todos estes campos envolvem o atendimento e tratamento da pessoa em situação crítica.

O objetivo da elaboração deste trabalho, passa por analisar a evolução ao longo dos ensinamentos clínicos, fazendo uma reflexão crítica sobre a aprendizagem alcançada e seus contributos para o desenvolvimento de saberes e competências profissionais.

A metodologia utilizada foi essencialmente descritiva e reflexiva, de forma a descrever o pensamento e processo de tomada de decisão desenvolvidos durante este percurso de aquisição e desenvolvimento das competências nos contextos de prática clínica.

Os contextos de estágio foram ricos em oportunidades de aprendizagem e permitiram-me desenvolver e adquirir novas competências.

Relativamente à aquisição de competências de investigação, foi desenvolvida uma pesquisa científica sobre “Estratégias e dificuldades de comunicação do enfermeiro com o doente crítico e família: scoping review “, a qual se encontra em apêndice a este relatório.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermeiro Especialista, Unidade de Cuidados Intensivos, Pessoa em Situação Crítica.

Abstract

The present work is part of the study plan of the III Master in Nursing-Specialization in Medical-Surgical, of the Semester Curricular Unit, Internship with report of the School of Health of the Polytechnic Institute of Bragança. The curricular unit includes three internship camps, with a total of 540 contact hours dedicated to clinical practice, which took place from September 2019 to February 2020.

Clinical teaching was carried out in three services: Hemodialysis Center, Intensive Care Medicine Service (SMI), and Multipurpose Emergency Service (SUP). All these fields involve the care and treatment of the person in a critical situation.

The objective of this work is to analyze the evolution throughout clinical teaching, making a critical reflection on the learning achieved and its contributions to the development of knowledge and professional skills.

The methodology used was essentially descriptive and reflective, in order to describe the thinking and decision-making process developed during this path of acquisition and development of skills in the contexts of clinical practice.

The internship contexts were rich in learning opportunities and allowed me to develop and acquire new skills.

Regarding the acquisition of research skills, a scientific research was developed on "Strategies and difficulties of communication between nurses and critically ill patients and families: scoping review", which is attached to this report.

Keywords: Medical-Surgical Nursing, Specialist Nurse, Nursing Unit, Intensive Care, Critically Ill Person.

ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BIS - Bispectral Index

CHTMAD – Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

CVC – Cateter Venoso Central

DRC – Doença Renal Crónica

Enfa – Enfermeira

Enf.o – Enfermeiro

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ITU – Infecção do trato Urinário

OE – Ordem dos Enfermeiros

PEUS – Plano de Emergência nas Unidades de Saúde

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

SAV – Suporte Avançado de Vida

SE – Sala de Emergência

SMI- Serviço de Medicina Intensiva

SO- Sala de Observação

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TAC – Tomografia Axial Computorizada

ULSNE – Unidade Local de Saúde do Nordeste

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Índice

INTRODUÇÃO	1
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO.....	3
2. ANÁLISE E REFLEXÃO DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	11
2.1. Competências comuns dos Enfermeiros Especialistas	11
2.2. Competências Específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica.....	15
2.2.1. Cuida da Pessoa a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica	16
2.2.2. Dinamiza a Resposta a Situações de Catástrofe ou emergência Multivítimas, da conceção à Ação	18
2.2.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.....	18
SÍNTESE CONCLUSIVA	21
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22
APÊNDICE I -TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO: ESTRATÉGIAS E DIFICULDADES DE COMUNICAÇÃO DO ENFERMEIRO COM O DOENTE CRÍTICO E FAMÍLIA: <i>SCOPING REVIEW</i>	25

INTRODUÇÃO

Na atividade de enfermagem a componente prática constitui parte integrante da formação do enfermeiro generalista, sendo, atualmente, considerada parte fundamental da formação do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, preconizando-se uma relação teórico-prática que permita, num contexto de prestação de cuidados, a consolidação de saberes e o desenvolvimento de competências. É assim expectável que o enfermeiro especialista seja um profissional reflexivo, com conhecimentos profundos e capaz de mobilizar a informação científica, técnica e relacional no contexto adequado (Ordem dos enfermeiros, 2009).

Nesta perspetiva, o presente trabalho – Relatório de estágio - Análise e reflexão crítica do desenvolvimento de competências, insere-se no plano de estudos do III Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Unidade Curricular Semestral, Estágio com relatório da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. A unidade curricular contempla três campos de estágio, com um total de 540 horas de contacto dedicados a prática clínica, que decorreram no período de setembro de 2019 a fevereiro de 2020.

A realização deste conjunto de estágios articulados entre si, tem como objetivo assegurar a aquisição de competências comuns estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e o desenvolvimento de competências específicas inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

Os ensinamentos clínicos foram realizados em três serviços: Centro de Hemodiálise, Serviço de Medicina Intensiva (SMI), Serviço de Urgência Polivalente (SUP). Todos estes campos envolvem o atendimento e tratamento da pessoa em situação crítica.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2011), a designação de enfermeiro especialista reconhece ao mesmo, um conhecimento profundo numa área específica de enfermagem, tendo como pressupostos as respostas humanas e individuais de cada um perante um processo de vida ou um problema de saúde. Como tal, no presente relatório serão identificadas as competências desenvolvidas, de acordo com unidades de competências previstas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro) e no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro).

Usou-se, na elaboração deste relatório, uma metodologia descritiva e reflexiva, estabelecendo relação entre as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas, com recurso a pesquisa bibliográfica e à evidência científica.

O objetivo da elaboração deste trabalho, passa por analisar a evolução ao longo dos ensinamentos clínicos, fazendo uma reflexão crítica sobre as aprendizagens alcançadas e seus contributos para o desenvolvimento de saberes e competências profissionais.

Estruturalmente, o atual relatório encontra-se dividido em três partes, fazendo-se na primeira parte uma contextualização dos serviços nos quais se desenvolveu a componente prática, bem como objetivos e competências adquiridas. Seguidamente é feita referência à análise e reflexão crítica do desenvolvimento de competências adquiridas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

Relativamente à aquisição de competências de investigação, foi desenvolvida uma pesquisa científica sobre “Estratégias e dificuldades de comunicação do enfermeiro com o doente crítico e família: *scoping review*”, a qual se encontra em apêndice a este relatório.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

O conhecimento deve estar em constante evolução, pelo que devemos, sistematicamente, procurar atualizar conhecimentos científicos, desenvolver espírito crítico e contactar com novas realidades, pois, cada vez mais, se exige que os profissionais de saúde se aperfeiçoem e conheçam as inovações científicas e tecnológicas existentes para dar uma melhor e mais eficaz resposta aos problemas de saúde atuais.

O Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica propõe capacitar os profissionais de enfermagem de competências comuns estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros para os Enfermeiros Especialistas e de competências específicas para os Enfermeiros Especialistas em enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Assim sendo, o estágio é a prática profissional que permite transpor para a prática, os conhecimentos e competências adquiridos e aprimorar os existentes.

Foram definidos três campos de estágio para prática clínica, dois dos quais obrigatórios (Serviço de Urgência Polivalente e Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente), e um campo de estágio opcional, Unidades de Cuidados Intensivos Monovalentes (Centro de Hemodiálise de Mirandela).

Estabeleceram-se objetivos gerais e objetivos específicos para cada campo de estágio realizado.

Assim como objetivos gerais aponte:

- Orientar, gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial e da experiência profissional;
- Reconhecer e identificar competências específicas inerentes ao enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica;
- Refletir sobre as competências gerais do enfermeiro e as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa crítica.

Como primeiro estágio e estágio opcional em Unidades de Cuidados Intensivos Monovalentes, a escolha foi de encontro com um dos meus objetivos para esta especialidade em assegurar novas experiências, até então escassas, com doentes em Terapia de Substituição da Função Renal.

Este ensino clínico teve lugar no Centro de Hemodiálise de Mirandela e o principal objetivo atingido foi a aquisição de conhecimentos específicos na área do doente renal evidenciando o papel do Enfermeiro Especialista em EMC na área do doente crítico, inserido numa equipa multidisciplinar na prestação de Cuidados de Enfermagem à pessoa com DRC. O estágio decorreu em Mirandela, no Centro Renal – Centro de Hemodiálise, cujo rés-do-chão é composto por três salas de hemodiálise (a maior com 22 dialisadores com respetivo cadeirão articulado), Wc, gabinetes médicos, ginásio, sala de reuniões, farmácia, gabinete técnico, receção com sala de estar e capela. Todas as salas têm luz natural e possibilitam uma visão paisagística muito agradável, são extremamente acolhedoras, e a sua função é obviar o incómodo resultante da demora dos tratamentos (a maioria, de 4/5 horas de duração).

Quanto aos recursos humanos para a prestação de cuidados aos utentes com DRC sob tratamento por técnica de substituição da função renal esta unidade dispõe de três médicos nefrologistas, dois médicos de clínica geral, duas assistentes sociais, uma psicóloga, um farmacêutico, onze enfermeiros, onde se incluem duas enfermeiras com especialidade em enfermagem médico-cirúrgica, oito técnicos de diálise e restantes auxiliares de limpeza, administrativos e aprovisionamento/técnicos de manutenção.

O funcionamento da unidade é assegurado pela equipa médica, técnica e de enfermagem de segunda-feira a sábado das 7 horas às 22 horas, em regime de presença física. Os turnos de dois enfermeiros dividem-se em três por dia: Manhã - 7h/12.30h, Tarde - 12h/17.30h e Noite - 17h/22h, sendo que às terças, quintas e sábados, não se efetua o turno da noite. Nos dias úteis e turno da manhã, encontra-se sempre o enfermeiro responsável.

Cada turno recebe uma média de 20 doentes vindos da área de influência da ULSNE, Unidade Hospitalar de Mirandela.

A DRC é um problema de saúde pública com um peso considerável no SNS, sobretudo à custa do tratamento substitutivo da função renal, em que a hemodiálise é o método mais comum, como tal, os objetivos para este campo de estágio, foram os delineados com base nos domínios e nas unidades de competências estabelecidos pela OE para ao Enfermeiros Especialistas em EMC na Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, conforme regulamentos n.º 122 e n.º 422/2018 e que foram os seguintes:

- Aquisição de conhecimentos relativamente à TSFR a fim de maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade do processo de doença e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas em situação de emergência, da conceção à ação;
- Criar e manter um ambiente terapêutico e seguro na entrada, permanência e alta dos doentes em diálise;
- Basear a minha praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos na área da Hemodiálise, desenvolvendo o autoconhecimento e a assertividade também nesta área.

O segundo campo de ensino clínico realizou-se no SMI da ULSNE-Bragança sob tutela da Enfermeira (Enf^ª) Andreia Alves – Enf^ª Especialista em Enfermagem Médico- Cirúrgica, orientado pelo Enfermeiro (Enf^º) Norberto, também Especialista em Enfermagem Médico- Cirúrgica, com duração de 168 horas.

Define Direção Geral de Saúde (2013), uma Unidade de Cuidados Intensivos como sendo um conjunto integrado de componentes técnicos, físicos e humanos especializados capazes de monitorizar, tratar e cuidar de doentes em estado crítico, com falência (ou eminência de falência) de funções orgânicas vitais, potencialmente reversíveis, através de técnicas de suporte avançado de vida durante 24 horas por dia.

Quanto ao internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos, este é definido como “um tempo transitório para alguns dos doentes em risco de vida, pelo que é parte de um processo e não um fim em si” (Ministério da Saúde, 2003).

Os cuidados intensivos caracterizam-se assim por grande complexidade, tanto a nível de meios técnicos como humanos, exigindo uma equipa multidisciplinar especializada na prestação de cuidados ao doente crítico.

O SMI da ULSNE pertencente ao Departamento de Urgência, Emergência e Cuidados Intensivos, dando resposta a uma área geográfica de 7000 KM², 143 777 habitantes, 3 Unidades Hospitalares, 14 Centros de Saúde, 2 Serviços de Urgência Médico-Cirúrgica e 2 Serviços de Urgência Básica.

A sua estrutura física é constituída por 10 unidades do doente, das quais 1 é vocacionada para doentes com necessidade de isolamento. Todas as unidades estão dotadas de cama articulada, mesa de trabalho, mesa de apoio, monitor, ventilador, rampas de oxigénio, ar e de sistema vácuo, contentores individualizados de lixos e bancada de trabalho para a realização de registos e onde se guarda o processo clínico do doente. São recebidos nesta unidade tanto doentes de cuidados intensivos como doentes de cuidados intermédios, mediante a necessidade. Existe ainda um carro de emergência com o monitor desfibrilhador.

No serviço existe um armazém para acondicionamento de todo o material necessário à prestação de cuidados, ventiladores de reserva e transporte, máquinas de diálise e de hemofiltração. Perto da entrada principal do serviço localiza-se o Pyxis medStation System®, bem como o armazém de soros e um zona de stock de farmácia. De referir ainda a existência de uma copa, um gabinete medico, um gabinete da Enf^a em funções de chefia e uma casa de banho do pessoal. A sala de despejos, tem circuito direto para o exterior, e neste espaço são acondicionados e recolhidos os sujios e os lixos (circuito independente do circuito limpo). À entrada do serviço há uma sala de espera onde as visitas aguardam, e uma sala da família, onde, de forma cómoda e privada, os familiares recebem informações.

Constata-se assim que este é um serviço com infraestruturas adequadas e sistemas de monitorização contínua, com equipa médica e de enfermagem formadas e treinadas. São admitidos nesta unidade doentes potencialmente graves, com necessidade de suporte orgânico, monitorização e vigilância contínua, vindos na sua maioria do Serviço de Urgência, mas também de todos os serviços da ULSNE e outras unidades hospitalares.

A equipa é constituída por 6 médicos (2 especialistas em medicina intensiva, 3 especialistas em medicina interna e 1 especialista em cirurgia cardiorácica), 24 enfermeiros (7 especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, 4 especialistas em enfermagem de reabilitação, 2 especialistas em enfermagem comunitária e 11 enfermeiros sem especialidade), 6 assistentes operacionais, 1 assistente técnico. Conta ainda com o apoio de 2 fisioterapeutas, 1 nutricionista e 1 farmacêutico. Estes recursos humanos encontram-se distribuídos da seguinte forma:

- 2 médicos das 8h-14h, 1 médico depois das 14h durante os dias de semana; 1 médico 24h/dia ao fim de semana;
- 4 enfermeiros por turno;

- 2 assistentes operacionais no turno da manhã, 1 no turno da tarde e 1 no turno da noite;
- 1 assistente técnico até às 17h00;
- Apoio de fisioterapia e de nutricionista no período diurno;
- 1 Farmacêutico (em regime de prevenção ao hospital após o horário laboral)

O principal objetivo principal desta unidade passa por oferecer suporte aos utentes de modo a recuperar funções vitais e proporcionar as condições adequadas para tratar a doença de base, culminando com a promoção da oportunidade de viver com qualidade.

São prestados cuidados ao nível da reanimação cardiorrespiratória, estabilização e manutenção da via aérea (entubação oro e nasotraqueal, via aérea avançada, traqueostomia percutânea e cirúrgica, suporte ventilatório invasivo e não invasivo), “Pacing” cardíaco temporário, monitorização contínua de parâmetros vitais de forma invasiva e não invasiva, broncofibroscopia diagnóstica e terapêutica, fisioterapia e cinesiterapia, analgesia epidural lombar e torácica, ecografia transtorácica de rastreio e técnicas de substituição renal intermitentes e continuas.

Neste campo de estágio, foram apontados os seguintes objetivos específicos:

- Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta adequada em tempo útil;
- Perceber a dinâmica da prestação de cuidados de uma unidade de cuidados Intensivos
- Adquirir conhecimentos no âmbito da ventilação mecânica.

Ao longo do estágio, constatei que a maioria dos doentes necessitava de suporte ventilatório invasivo, tendo tido oportunidade de conhecer vários equipamentos de ventilação mecânica, nomeadamente invasiva, colaborar e executar cuidados necessários à manutenção da entubação quer orotraqueal como traqueostomia, bem como conhecer as medidas implementada com o objetivo de prevenir a pneumonia associada à intubação

No que concerne à adaptação ventilatória, tendo em atenção que numa UCI poderemos estar perante uma grande percentagem de doentes com ventilação mecânica invasiva (VMI) está implícita a necessidade de domínio de conhecimentos e competências na gestão da sedação e analgesia.

Neste serviço o principal motivo de admissão de utente relacionava-se com choques sépticos

com disfunção multiorgânica com ponto de partida respiratório e urinário.

As principais patologias de foro médico, eram referentes a quadros de disfunção respiratória, diminuição do estado de consciência e pneumonias com disfunções multiorgânicas graves. No que respeita a doenças do foro Cirúrgico lidei com doentes de pós-operatório com disfunção multiorgânica, hemorragias digestivas e pancreatites.

Conheci e apliquei ao longo do ensino clínico, procedimentos, protocolos e regulamentos existentes no serviço. Exemplo disso são os protocolos inseridos no programa de controlo de infeções, nomeadamente o protocolo de Prevenção de Pneumonia associada à Ventilação, Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central (CVC), prevenção de infeção urinária associada a Cateter Vesical e ainda o protocolo de preparação da unidade do doente.

Relativamente a registos de Enfermagem, existe uma folha protocolada, partilhada pelos enfermeiros e médicos, onde são realizados todos os registos de vigilância intensiva uma vez que não estão implementados registos informáticos.

O terceiro ensino clínico foi realizado no Serviço de Urgência Polivalente do CHTMAD–Hospital de Vila Real, com a duração de 168 horas, sob a tutela da Enf^a Carla Machado, Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e orientado pela Professora Matilde Martins.

São os serviços de urgência a porta de entrada de grande parte dos utentes nas unidades hospitalares. A constante movimentação de pessoas, as situações de urgência/emergência, as falsas urgências e as contínuas alterações na dinâmica do serviço, implicam uma grande capacidade de adaptação, de gestão de prioridades, de recursos físicos e humanos e de situações de stress, a que o enfermeiro precisa de responder eficazmente. Neste contexto, o enfermeiro do SU assume um papel de extrema importância na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, pelo que, no seu exercício profissional, deve revelar responsabilidade, autonomia, competência e conhecimentos teórico-práticos perspicazes e atualizados (Rocha & Dias, 1996)

Este Serviço é classificado como Serviço de Urgência Polivalente. Localiza-se no Hospital de Vila Real, no piso -1 e recebe doentes de todo o distrito, da Urgência Médico-cirúrgica de Chaves, Urgência Básica de Lamego, bem como de outras unidades de saúde ou serviços de emergência médica.

Quanto à dinâmica e ao espaço físico, o SU é composto por uma sala de espera/admissão; por dois gabinetes de triagem de Manchester; três gabinetes médicos; sala de trabalho de enfermagem; gabinete de medicina interna; sala de pequena cirurgia; a sala de ortopedia; inclui

ainda sala de inaloterapia; sala de decisão clínica; Sala de observação (SO) que esta direcionada para utentes que necessitam de monitorização contínua; sala de emergência (SE), indicada para a receção e estabilização das situações emergentes. Além destas, existem outras áreas de apoio ao SU, como a copa, o gabinete do enfermeiro em funções de chefia, arrecadação de soros e de materiais, despejos, casa de banho para os profissionais e sala de repouso. Está também disponível um equipamento Pyxis medStation System, onde está acondicionada a medicação. O acesso a meios complementares de diagnóstico nomeadamente Raio-X, Tomografia Axial Computorizada (TAC) é de fácil e rápido acesso dada a sua próxima localização.

Após a admissão no secretariado, todos os utentes, são triados com o método da triagem de Manchester sendo disponibilizada uma pulseira com a identificação e a respetiva cor de prioridade. Isto significa que os utentes são atendidos por gravidade da doença e não pela ordem de chegada.

A triagem de Manchester preconiza as seguintes cores: vermelho (emergente), laranja (muito urgente), amarelo (urgente), verde (pouco urgente), azul (não urgente) e branco,

Para atender a utilidade da Triagem de Manchester, é importante ter em consideração que a missão de um SU hospitalar é o atendimento das situações classificadas entre o vermelho e o amarelo (emergente a urgente), representativas de risco de vida.

A sala de emergência localiza-se perto entrada do SU, dispondo de entrada e circuito próprio para os meios de emergência pré-hospitalar, sendo que a sua escala, é assegurada por um Médico Emergência especificamente designado para a função, por um enfermeiro do serviço de urgência e um assistente operacional. Esta sala dispõe de 4 unidades, cada uma, equipada com os meios necessários para a abordagem ao doente crítico.

Estão implementadas 4 vias verdes neste serviço de urgência: Via Verde de Sépsis, Via Verde de Trauma, Via Verde de Coronária, Via Verde de AVC.

Está sediada e afeta a este SUP uma VMER em gestão integrada com o INEM, cuja equipa é constituída por um médico e um enfermeiro com formação específica.

A equipa de enfermagem, é constituída por 52 enfermeiros. Esta desenvolve o cuidado segundo o método de distribuição por posto de trabalho, sendo repartida pelas diversas áreas funcionais, nas quais cada enfermeiro é responsável pelos utentes a quem presta cuidados.

Para este ensino clínico, estabeleci os seguintes objetivos específicos:

- Adquirir competências no âmbito da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica;
- Desenvolver uma prática profissional e ética de acordo com as competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica

Possuir formação técnica e científica especializada, contínua e direcionada para o conhecimento dos cuidados adstritos ao utente em situação de urgência/emergência é essencial para prestar uma assistência de qualidade aos utentes que recorrem aos serviços de urgência. Tendo em atenção que a imprevisibilidade e a complexidade imperam, é fundamental o enfermeiro responder de forma celebre e eficaz, bem como possuir um domínio das suas próprias emoções, conhecimento de seus limites, das suas potencialidades e capacidades. (Mendonça, 2018)

Constatarei que a afluência de doentes ao serviço é elevada pelo que exige rapidez, organização e eficácia do enfermeiro, por forma a garantir um atendimento adequado em tempo útil.

Foi-me possível prestar cuidados nos diversos setores do serviço, sendo que priorizei a sala de emergência, sempre que possível, pela complexidade dos casos aí tratados. Assim tive oportunidade de aplicar os protocolos de atuação nas diferentes vias verdes implementadas e prestar cuidados a doentes vítimas de Trauma, AVC, Taquiarritmias, Choque Séptico, Choque hipovolémico.

2. ANÁLISE E REFLEXÃO DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo é feita referência à análise e reflexão crítica do desenvolvimento de competências adquiridas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, adequando sempre os objetivos propostos às oportunidades e necessidades emergentes. O SMI, SUP e Centro de Hemodiálise são locais com foco no doente em situação crítica, dadas. Os campos de estágio aí realizados foram uma mais valia neste percurso formativo, pois permitiram-me consolidar e desenvolver competências comuns e específicas, que segundo a OE, dotam o enfermeiro de competências acrescidas nos respetivos domínios que as caracterizam, os quais serão descritos a seguir.

2.1 Competências comuns dos Enfermeiros Especialistas

Independentemente da área de responsabilidade, todos os enfermeiros especialistas partilham um conjunto de competências comuns:

- a) Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal (A)

Segundo Diário da República, 2.a serie – N. o 35 – 18 de fevereiro de 2011, Regulamento n. 122/2011, Artigo 5.º, fazem parte das competências deste domínio:

- Desenvolver uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;
- Promover práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Neste sentido deve o enfermeiro especialista demonstrar capacidade de tomada de decisão ética nas situações da prática especializada, justificando as suas decisões em princípios, valores e normas deontológicas. Este processo está inerente à prática de cuidados de enfermagem.

Como enfermeiro, procuro orientar a minha conduta de forma ética, garantindo o respeito pela dignidade da pessoa, pelas suas vontades, crenças e religião, tendo em vista o bem-estar da pessoa, a sua estabilização, conforto, dignidade, privacidade e intimidade.

A intervenção do enfermeiro, em situações de stress e emergência, onde o limiar entre a vida e a morte é muito ténue, constitui um desafio e deve ser sempre baseada numa tomada de decisão fruto da evidência, sustentada por conhecimentos e competências. Tomar a decisão mais

adequada perante situações complexas nem sempre é fácil. Mais difícil é saber quais as probabilidades de obter resultados satisfatórios. (Nunes, 2006)

No que respeita à tomada de decisão, esta geralmente é feita em equipa, tendo por base valores éticos e deontológicos. No entanto é da responsabilidade do enfermeiro que cuida da pessoa em situação crítica o apoio e acompanhamento à família. As equipas com quem contactei foram capazes de demonstrar grande preocupação com a presença, esclarecimento e acompanhamento da família.

Desta forma foi possível consolidar competências na assistência à pessoa e à família em situação de labilidade emocional decorrentes da situação crítica de doença, bem como a sua inclusão nos cuidados.

b) Domínio da melhoria contínua da qualidade (B)

A qualidade é um conceito parte subjetivo, pelo que constitui um desafio, sobretudo no âmbito da saúde. No entanto a gestão da qualidade é um domínio essencial nas competências do enfermeiro especialista.

Segundo o Diário da República, 2.a serie – N. o 35 – 18 de fevereiro de 2011, Regulamento no122/2011, Artigo 6.º, fazem parte das competências deste domínio:

- Desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- Conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade;
- Criar e manter um ambiente terapêutico e seguro.

Foi minha preocupação conhecer, analisar e aplicar os protocolos e normas instituídas, em cada serviço. Protocolos esses, que têm como objetivo a uniformização dos cuidados, promovendo a organização dos serviços e cuidados, minimizando o erro.

No serviço de medicina intensiva impunha-se a necessidade de antecipar e preparar a receção do doente, segundo protocolos previamente estabelecidos. Tive oportunidade de proceder à preparação da unidade do doente, realizar teste dos equipamentos, preparar suporte farmacológico e não farmacológico necessário, com base em protocolos, garantindo uniformização de cuidados, organização do serviço e minimização de erros, contribuindo assim para a gestão de qualidade.

Segundo a DGS (2014), as infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são um indicador importante na avaliação da qualidade dos cuidados. A ligação entre os profissionais e a comissão de controlo de infeção permite uma atualização constante dos procedimentos e das normas. Pus em prática, ao longo dos ensinamentos clínicos, procedimentos desde as medidas básicas como a lavagem das mãos, medidas de proteção individual até à administração de profilaxia antimicrobiana protocolada.

A criação de um ambiente terapêutico seguro é uma das áreas de incidência das competências do enfermeiro especialista. Assim a pessoa em situação crítica, com instabilidade hemodinâmica precisa de cuidados constantes e presenciais.

c) Domínio da Gestão dos Cuidados (C)

De acordo com Camelo (2012, p.2), “o processo de cuidar e o processo de gerenciar podem ser considerados como as principais dimensões do trabalho do enfermeiro no seu dia a dia”

Segundo o Diário da República, 2.a série – N.º 35 – 18 de fevereiro de 2011, Regulamento nº122/2011, Artigo 7.º, fazem parte das competências deste domínio:

- Gerir os cuidados de modo a otimizar a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;
- Adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

As exigências atuais implicam que os profissionais de enfermagem sejam eficazes, ou seja, que atinjam as metas e resultados preconizados. Mas é também exigido que sejam eficientes, fazendo mais com os mesmos recursos, ou fazendo o mesmo, utilizando o mínimo indispensável, combatendo o desperdício. (Silva, 2012)

Neste domínio a aquisição de competências está sobretudo ligada aos conteúdos lecionados na Unidade Curricular gestão em Enfermagem, constante do plano de estudos deste Curso de Mestrado.

O desenvolvimento da atividade de enfermagem em ambientes complexos, como num serviço de urgência, requer uma elevada capacidade de decisão e por vezes a necessidade de delegação de tarefas.

No decorrer dos ensinamentos clínicos, observei algumas funções de gestão por parte dos enfermeiros especialistas, como exemplo, no SMI presenciei e participei em auditorias realizadas pelo Programa de Prevenção e Controle de Infecções e de Resistência Antimicrobiana (PPCIRA).

Na minha prática profissional procuro priorizar de forma correta os cuidados prestados. Ao longo dos estágios aprimorei competências relativamente à gestão de prioridades, gestão de material e de tempo necessário à prestação de cuidados.

Segundo Nunes (2006), no exercício das suas funções, os enfermeiros são confrontados com a necessidade de justificar e responsabilizar-se pelas decisões que tomam para com os seus doentes. Estas decisões devem ser claras, racionais e baseadas no conhecimento. Partindo dessa base, procuro manter atualizados os meus conhecimentos, para assim ser portador de competências que me permitam definir prioridades no cuidado ao doente crítico. A tomada de decisão acaba por ser um processo que se desenvolve naturalmente, tornando-se mais eficaz após a vivência de situações similares.

d) Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais (D)

É com a aprendizagem constante que evoluímos e desenvolvemos competências que nos permitem ser mais eficazes nas tarefas que realizamos.

Segundo o Diário da República, 2.ª série – N.º 35 – 18 de fevereiro de 2011, Regulamento nº122/2011, Artigo 8.º, fazem parte das competências deste domínio:

- Desenvolver o autoconhecimento e a assertividade;
- Basear a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

A evolução tecnológica na área da saúde avança a um ritmo estonteante, e a inesperada produção sistemática de novas evidências exige um constante acompanhamento dos novos conhecimentos e um aprimorar de competências.

As competências do saber-ser, saber-fazer, do saber-saber e saber-estar devem estar na base da prática de enfermagem.

O autoconhecimento, a compreensão e consciencialização dos meus limites pessoais/profissionais, permitiram-me gerir emoções e desenvolver capacidades de resolução de conflitos.

Falar de aprendizagem não é falar apenas de aquisição de conhecimentos e conceitos. Aprender a estar atento e desperto para problemas ou potenciais problemas no seio de uma equipa é essencial. (Silva, 2012)

Lidar com situações críticas em que pode estar implicado o risco de vida imediato, é potenciador de podendo levar a um sentimento de impotência e frustração, pelo que é essencial criar competências que permitam manter uma estabilidade emocional.

2.2 Competências Específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, foi aprovado por unanimidade em Assembleia Geral da OE a 20 de novembro de 2010, após aprovação na Assembleia de Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica em 25 de novembro de 2010. (OE, 2010).

Define-se como pessoa em situação crítica aquela que apresenta um risco de vida por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e para a qual seja necessário recorrer a meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica para garantir a sua sobrevivência. Pelo que os cuidados de enfermagem a estes doentes devem ser altamente qualificados e prestados de forma contínua, permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. (OE, 2010)

Segundo o Diário da República, 2.a série – N. o 35 – 18 de fevereiro de 2011, o Regulamento no 124/2011, Artigo 4.o, as competências do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica são:

- Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica;
- Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação;
- Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

As doenças súbitas e a agudização de doenças crónicas, cada vez mais frequentes conduzem à deterioração progressiva e rápida das funções vitais da pessoa, onde existe uma necessidade emergente de cuidados especializados e de qualidade.

Torna-se assim emergente que os profissionais de saúde, detenham competências e capacidade para lidar com a pessoa em situação crítica. Novas exigências pedem novas competências e novas formas de ação, sendo o enfermeiro especialista uma mais valia para o cuidar da pessoa em situação crítica.

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

A pessoa que vivencia processos complexos de doença crítica e / ou falência orgânica, necessita de uma intervenção mais direcionada, mais incisiva nesta área, maximizando os resultados e potenciando a recuperação total da pessoa. Assim, é exigido ao enfermeiro especialista em Pessoa em Situação Crítica, competências específicas para lidar com as situações urgentes e emergentes com que se depara, tendo em consideração todos os aspetos inerentes à pessoa holística, que acaba de vivenciar alterações ao seu quotidiano. (OE, 2011).

a) Presta cuidados à pessoa em situação emergente, identificando focos de instabilidade:

A escolha dos campos de estágios mencionados no relatório promoveu-me a oportunidade de lidar com doentes em situação de doença crítica e falência orgânica. Daí resultou uma evolução e acréscimo de competências na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

No serviço de medicina intensiva tive a possibilidade de observar a aplicabilidade e funcionamento de técnicas de suporte de órgãos nomeadamente técnica dialítica. Neste âmbito, tive a possibilidade de perceber o funcionamento do equipamento Prisma, colaborar na sua montagem, conhecer as técnicas mais utilizadas e os solutos, consoante a necessidade e plano terapêutico definido para o doente.

Prestar cuidados em medicina intensiva, urgência e em unidade de hemodiálise constitui um desafio, exigindo dos enfermeiros conhecimentos científicos, cognitivos, técnicos e relacionais diversificados. O contacto com procedimentos e intervenções de alta complexidade, inerentes à prática nestes serviços permitiram-me, desenvolver novas capacidades e fomentar a autonomia na minha prática diária.

b) Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos:

Esta competência foi desenvolvida através da aplicação de protocolos e regulamentos existentes nos diferentes serviços. Importa realçar alguns como o protocolo de prevenção de pneumonia associada à ventilação; prevenção de infeção relacionada com cateter venoso central; prevenção de infeção urinária associada a cateter vesical; progressão de nutrição entérica; protocolo de atuação nas vias verdes: AVC, Sepsis, Trauma e Coronária.

A existências destes documentos permite uniformizar a prática dos profissionais, conseguindo-se assim atingir um ótimo nível de cuidados.

c) Faz a gestão da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica:

Segundo Aissaoui et al, (2005), a dor é muito comum em doentes críticos, sendo o seu controlo relevante para tratamento destes doentes. Os mesmos autores apontam ainda a sua difícil avaliação, já que a grande maioria destes doentes se encontra sedado, inconsciente, não permitindo por isso uma comunicação eficaz e conseqüentemente a correta avaliação da dor.

Foi importante conhecer os protocolos dos serviços no que concerne aos fármacos mais utilizados e às escalas usadas para avaliação da sedação e analgesia e avaliação da dor e a sua aplicação na prática, através da colaboração nos cuidados prestados, quer através da preparação e administração dos fármacos, quer através da aplicação das escalas para avaliação do estado neurológico do doente e da dor. A gestão da sedação e analgesia é uma ação interdependente entre a equipa médica e a equipa de enfermagem.

Em serviço de urgência a dor é um dos principais motivos de admissão, quer seja de causa aguda, crónica, ou crónica agudizada. Por sua vez no serviço de medicina intensiva, a maioria dos doentes estão sob analgesia e sedação, e alguns sob curarização.

A manifestação da dor deve ser sempre valorizada sendo o utente o único capaz de descrever com exatidão a dor e as suas características. Pode no entanto ser necessário recorrer a formas de comunicar a dor, nomeadamente as não-verbais seja por taquicardia ou agitação motora.

d) Assiste a pessoa e a família nas perturbações emocionais, estabelecendo uma relação terapêutica:

Neste âmbito as competências emocionais do enfermeiro assumem um papel preponderante, pois apenas na posse destas o profissional será capaz de lidar de forma eficiente com a labilidade emocional do utente e família, decorrentes da situação crítica em que se encontram.

Refere a OE (2003), que a relação terapêutica desenvolvida no âmbito do exercício da enfermagem, é caracterizada pela parceria estabelecida com o doente, no respeito pelas suas capacidades. Há várias circunstâncias em que esta parceria é estabelecida e deve também envolver família e conviventes próximos do doente.

Nos campos de estágio tive a percepção que o impacto do primeiro contacto entre a família e o utente em situação crítica pode envolver um choque emocional, pelo que a preparação deste momento se torna de relevo.

A comunicação com o doente crítico e respetiva família constitui um desafio para a prática de enfermagem, sendo uma comunicação eficaz e assertiva essencial para a prestação de cuidados de alta qualidade.

Verifiquei a existência de dificuldades neste âmbito ao longo dos ensinamentos clínicos pelo que desenvolvi uma scoping review com o objetivo de mapear evidência científica acerca da temática e que apresento em apêndice neste relatório.

2.2.2. Dinamiza a Resposta a Situações de Catástrofe ou emergência Multivítimas, da conceção à Ação

Segundo a OE (2018) o enfermeiro especialista, perante situações de emergência, exceção ou catástrofe, deve atuar “concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descurar a preservação dos vestígios e indícios de prática de crime”. Situação essa que se prevê de elevada complexidade, uma vez o fluxo de doentes em situação crítica pode ser elevado. A elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de saúde (PEUS) é uma ferramenta útil para a avaliação dos meios de reação da Unidade de saúde face a uma situação de crise. Sendo primordial e fundamental conhecer a sua missão, papel e sua ação perante uma situação de crise.

Durante o período de estágio procurei conhecer as diversas normas e protocolos dos serviços, nomeadamente no que concerne à atuação do serviço em situação de catástrofe e ao plano de emergência interna e externo.

No SUP, tomei conhecimento do Plano de Emergência Interna e Externa que integra todos os serviços e se interliga com entidades externas como bombeiros e proteção civil. Tomei ainda conhecimento acerca da organização e acolhimento das vítimas no SU (triagem primária e encaminhamento para área de prioridade correspondente - zona de Triagem, zona

Reanimação/Emergência, zona Urgente, Não Urgente e zona Negra). Neste âmbito existe, ao lado da Sala de Emergência, um armário de catástrofe que contém kits individuais e outros materiais que facultam o procedimento em situações de catástrofe.

Felizmente as situações de catástrofe e multivítima não são o quotidiano dos serviços de emergência, contudo, é essencial estar preparado e ter competências para agir no momento certo, de forma certa. É necessário que tudo esteja concebido e treinado antecipadamente para a ação ser eficiente.

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

A prestação de cuidados de saúde, neste caso em meio hospitalar, pode dar origem à transmissão de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde. Sabemos que esta infeção é adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados.

Recorrendo-se, no meio hospitalar, a procedimentos invasivos, uso frequente de terapêutica antibiótica agressiva ou imunossupressora, verifica-se que os doentes se tornam vulneráveis às múltiplas infeções.

As infeções associadas à prestação de cuidados de saúde levam a internamentos prolongados e simultaneamente o aumento de custos, pelo que assumem uma importância acrescida.

Em todos os campos de estágio, procurei colaborar em cuidados preventivos de infeção em procedimentos como aspiração de secreções, nomeadamente por tubo endotraqueal e traqueostomia, manuseamento de cateter venoso central e cateter arterial e tratamento aos seus locais de inserção e ainda tratamento a locais de feridas, assim como foi minha preocupação adotar uma atitude responsável na prevenção e controlo de infeção, cumprindo normas existentes e fazendo uso correto de colocação e remoção dos EPI's, lavagem e desinfeção das mãos.

No serviço de medicina intensiva atuei em conformidade com os protocolos existentes, nomeadamente: protocolo de prevenção infeção relacionada com CVC, protocolo prevenção de infeção Urinária associada a Cateter Vesical, protocolo prevenção de pneumonia associada à ventilação e ainda o protocolo de preparação da unidade do doente.

A pneumonia associada à ventilação é atualmente a segunda principal causa de IACS, e a que representa maior mortalidade. (Pina et al., 2010).

É uma preocupação, no SMI, o cumprimento de medidas de prevenção tais como: lavagem das mãos; medidas universais de precaução; cabeceira elevada a 30°; realização de higiene oral do utente de 8/8h com clorhexidina; aspiração traqueobrônquica com técnica asséptica; utilização de filtros bacterianos no ventilador e insuflador manual e extubação precoce do doente.

No SUP, verifiquei uma menor preocupação com o cumprimento de medidas preventivas relativas ao controlo de infeção. Nomeadamente na realização de técnica invasiva como a algáliação, tendo verificado falhas no cumprimento da técnica asséptica.

A elevada afluência de utentes em maca no SUP trouxe também dificuldades na garantia de distanciamentos seguros entre utentes.

As infeções associadas aos cuidados de saúde são uma realidade, e a nossa estratégia de atuação deve ser real, direcionada e incisiva. A prevenção e o controlo são o melhor caminho, uma vez que minimiza os riscos para os utentes e profissionais.

O enfermeiro especialista, tem o dever de assumir uma responsabilidade redobrada na constante atualização, na área de prevenção e controlo da infeção, tendo presente que pessoa em situação crítica e ou falência orgânica apresenta riscos acrescidos.

SÍNTESE CONCLUSIVA

Este relatório materializa o registo do percurso no estágio realizado. Apresenta além da descrição dos acontecimentos, uma reflexão e análise crítica das minhas perspetivas e objetivos. Analisando o percurso realizado com base nas competências inerentes ao enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, adquiri verdadeiramente a noção da minha evolução. Em retrospectiva, considero que os campos de estágio me possibilitaram uma aprendizagem abrangente pela sua interligação e especificidade.

O ensino clínico em medicina intensiva permitiu-me adquirir novas competências e capacidades pois foi repleto de contacto com de técnicas invasivas e situações de cuidados emergentes, com doentes de cariz médico, cirúrgico ou ambos, ou com alterações hemodinâmicas importantes.

O contacto com utente sob hemodiálise foi muito enriquecedor. Existem doentes de vários pontos do distrito de Bragança a realizarem tratamento nesta unidade, visto existirem poucas clínicas de diálise na área geográfica de Trás-Os-Montes.

O serviço de urgência é um desafio para o enfermeiro pela diversidade de cenários e de gravidade dos mesmos. É exigido ao profissional capacidade de priorização para que, inserido num ambiente repleto de emoções, sentimentos e incertezas, possa identificar situações emergentes e atuar em tempo útil.

Os contextos de estágio foram ricos em oportunidades de aprendizagem e permitiram-me desenvolver e adquirir novas competências.

Considero assim, através da descrição e reflexão crítica realizada neste relatório que, os objetivos a que me propus foram atingidos.

A elaboração deste relatório leva-me a refletir na prática dos cuidados contribuindo para o meu conhecimento com efeitos de melhoria nos cuidados. No processo de aprendizagem há sempre algo para ser melhorado continuamente.

Em síntese, o ensino consciencializou-me do valor dos cuidados prestados pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aïssaoui, Y., Zeggwagh, A., Zekraoui, A., Abidi, K., & Abouqal, R. (2005). Validation of a behavioral pain scale in critically ill, sedated, and mechanically ventilated patients. *Anesthesia and analgesia*, 101(5), 1470–1476.
- Almeida R, Lopes M, Rocha N, Coutinho P, Alves D. Guia de Diagnóstico de Morte Cerebral. *Acta Médica Portuguesa*. 1998; 11: 91-95.
- Camelo, S. (2012). Competência profissional do enfermeiro para atuar em unidades de terapia intensiva: uma revisão integrativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(1), 1-9.
- Costa, A. C., Silva, M. G., & Noriega, E. (2008). Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde: manual de operacionalização. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Direcção Geral da Saúde. (2008). Manual de Operacionalização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde.
- Direcção Geral de Saúde. (2013). Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direcção Geral de Saúde. (2014). Portugal – Idade maior em números.
- Mendonça, S. (2018). Desenvolvendo competências no cuidado ao doente crítico: A transversalidade do controlo da infeção. Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, Funchal, Portugal.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2003) Direcção de Serviços de Planeamento - Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu Desenvolvimento. Direcção Geral da Saúde. Lisboa.
- Nunes, L. (2006). II Congresso Ordem dos Enfermeiros: Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem. Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros. (2003). *DIVULGAR – Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, 24 pp.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Modelo de Desenvolvimento Profissional – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, 45 pp.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, 8-45 pp.
- Pereira, V. (2009). *Comunicar o Fim de Vida... O Papel do Enfermeiro Face à Comunicação de Falecimento à Família*. *Enformação*, 12: 14-17.
- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A. & Matos, B. (2010). *Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde e Segurança do Doente*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 27-39.

Regulamento n.o 122/2011 de 18 de fevereiro. Diário da República, 2.a Serie. n. o 35. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Regulamento n.o 124/2011 de 18 de fevereiro. Diário da República, 2.a Serie. n. o 35. Lisboa.

Rocha, M., & Dias, A. (1996). Enfermagem de urgência: uma perspetiva de intervenção. s.l.: (IN)FORMAR.

Silva, M. (2012). Pessoa em Situação Crítica- Foco de cuidados do Enfermeiro especialista. Universidade Católica Portuguesa-Instituto de Ciências da Saúde, Porto, Portugal.

APÊNDICES

APÊNDICE I -TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO: ESTRATÉGIAS E
DIFICULDADES DE COMUNICAÇÃO DO ENFERMEIRO COM O DOENTE CRÍTICO
E FAMÍLIA: *SCOPING REVIEW*

**ESTRATÉGIAS E DIFICULDADES DE COMUNICAÇÃO DO
ENFERMEIRO COM O DOENTE CRÍTICO E FAMÍLIA: *SCOPING*
*REVIEW***

Gil Fernando Costa Alves Angélico

Investigação integrada no Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Orientação Científica: Professora Doutora Gorete Baptista

Novembro de 2023

Resumo

Destaca-se a importância da comunicação nos cuidados intensivos, enfatizando o papel crucial dos enfermeiros na gestão de cuidados de saúde e apoio emocional. A comunicação com doentes críticos é um desafio complexo que exige dos enfermeiros uma compreensão profunda das limitações específicas desse grupo de doentes e o desenvolvimento de estratégias de comunicação adaptativas. A capacidade de superar esses obstáculos na comunicação é essencial para fornecer cuidados de alta qualidade e promover o bem-estar dos doentes em estado crítico. O objetivo desta scoping review da literatura é analisar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros na comunicação com doentes críticos, assim como com as suas famílias, identificando também as principais dificuldades enfrentadas. De forma geral, os seis estudos incluídos na presente revisão destacam a importância da comunicação na área da enfermagem, identificando desafios e áreas de melhoria na interação entre profissionais de saúde, pacientes e familiares, especialmente em contextos de cuidados intensivos e situações de crise. Os principais desafios encontrados prendem-se com a inadequação da comunicação enfermeiro-doente, eficácia limitada dos treinos rápidos de comunicação, falta de competência de comunicação e barreiras físicas e emocionais, principalmente sentidas aquando da pandemia. As estratégias de comunicação mais comumente referidas foram a comunicação face a face, método ask-tell-ask, comunicação empática, informação escrita, escolha de resumo ou relatório detalhado e respostas a perguntas no final. A capacidade de adaptação na comunicação é vital dada a imprevisibilidade dos cuidados intensivos. A presente scoping review destaca a necessidade de treino, recursos e apoio emocional para os profissionais de saúde. No entanto, algumas limitações são reconhecidas, como a falta de detalhamento das razões específicas por trás da inadequação da comunicação. Em suma, a revisão ressalta a importância da comunicação eficaz nos cuidados intensivos para melhorar a qualidade dos cuidados e destaca a necessidade de superar as barreiras identificadas, priorizando a empatia e a adaptação constante na comunicação. Investir em treino, colaboração e apoio emocional para os profissionais de saúde é fundamental para promover uma comunicação mais compassiva e eficaz nos cuidados intensivos.

Palavras-chave: comunicação, estratégias, barreiras, doente crítico, enfermeiros

Abstract

The importance of communication in intensive care is highlighted, emphasizing the crucial role of nurses in care management and emotional support. Communicating with critically ill patients is a complex challenge that requires nurses to have a thorough understanding of the specific limitations of this group of patients and to develop adaptive communication strategies. The ability to overcome these communication obstacles is essential to providing high-quality care and promoting the well-being of critically ill patients. The aim of this systematic review is to analyze the strategies used by nurses in communicating with critically ill patients, as well as their families, and to identify the main difficulties faced. In general, the six studies included in this review highlight the importance of communication in nursing, identifying challenges and areas for improvement in the interaction between health professionals, patients and families, especially in intensive care settings and crisis situations. The main challenges encountered were inadequate nurse-patient communication, limited effectiveness of rapid communication training, lack of communication skills and physical and emotional barriers, especially during the pandemic. The most mentioned communication strategies were face-to-face communication, the ask-tell-ask method, empathetic communication, written information, choosing a summary or detailed report and answering questions at the end. The ability to adapt in communication is vital given the unpredictability of intensive care. The review highlights the need for training, resources and emotional support for healthcare professionals. However, some limitations are recognized, such as the lack of detail on the specific reasons behind inadequate communication. In short, the review highlights the importance of effective communication in intensive care to improve the quality of care and highlights the need to overcome the barriers identified, prioritizing empathy and constant adaptation in communication. Investing in training, collaboration and emotional support for healthcare professionals is key to promoting more compassionate and effective communication in intensive care.

Keywords: communication, strategies, barriers, critically ill patients, nurses

Índice

INTRODUÇÃO	1
PARTE I -ENQUADRAMENTO TEORICO	4
1. A COMUNICAÇÃO: CONSIDERAÇÕES GERAIS	5
1.1 Comunicação em enfermagem	6
1.1.1 Comunicar com o doente em situação crítica	7
1.1.2 Comunicar com a família do doente crítico	9
PARTE II –ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	11
1. METODOLOGIA	12
1.1 Estratégia de pesquisa e seleção de estudos	13
1.1.1 Critérios de inclusão e exclusão	14
1.2 Seleção dos estudos	14
2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	16
2.1 Estratégias de Comunicação nos Cuidados Intensivos	16
2.2 Barreiras à Comunicação em enfermagem nos Cuidados Intensivos	17
3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	22
CONCLUSÕES DO ESTUDO	26
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
Anexos	34
Anexo I - Comprovativo de submissão do artigo de investigação	35

Índice de Quadros

Quadro 1 - Estratégia PCC.....	13
Quadro 2 - Principais características e resultados dos estudos incluídos	19

Índice de Figuras

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção dos estudos	15
---	-----------

INTRODUÇÃO

Comunicar na área da saúde envolve a exploração e aplicação de estratégias de comunicação para impactar as decisões individuais e comunitárias, utilizando conhecimentos, atitudes e práticas com o propósito de promover a saúde (Sequeira, 2016). No contexto hospitalar, a comunicação desempenha um papel fundamental na aprimoração da qualidade e segurança dos cuidados prestados (Hoorn et al., 2016). A comunicação desempenha um papel crucial no âmbito da enfermagem, sendo uma competência essencial para estabelecer relações terapêuticas eficazes entre profissionais de saúde e pacientes. A comunicação em enfermagem vai além da simples troca de informações, abrangendo aspectos emocionais, afetivos e éticos. A capacidade de transmitir mensagens de forma clara, empática e assertiva é fundamental para alcançar entendimento mútuo, fomentar confiança e obter resultados positivos na prestação de cuidados ao paciente (Sequeira, 2016). Neste contexto, é necessário ouvir com atenção, interpretar as necessidades do paciente e adaptar a comunicação às suas características individuais, culturais e emocionais. Assim, a comunicação em enfermagem assume-se como uma ferramenta valiosa para promover a saúde, prevenir doenças e estabelecer uma base sólida para a prática profissional centrada no paciente (Bertone, et al., 2007).

A comunicação terapêutica, fundamental na enfermagem, envolve estratégias como empatia, respeito e escuta ativa (Peplau, 1991). No contexto de enfermagem, as habilidades de comunicação clínica visam o bem-estar do paciente, destacando a importância da relação terapêutica de alta qualidade desde o primeiro contato visual (Cardoso, 2018). O desenvolvimento dessas competências contribui para a confiança do paciente e a qualidade dos cuidados.

No âmbito do cuidado a pacientes em estado crítico, a comunicação transcende as meras palavras, envolvendo elementos essenciais como expressões faciais, linguagem corporal e tom de voz. A enfermagem em contextos críticos exige uma sensibilidade aguçada para identificar as necessidades emocionais dos pacientes, frequentemente ligadas a sentimentos como medo, ansiedade e incerteza (Backes et al., 2012). Entende-se por paciente crítico aquele que se encontra em uma condição de saúde severamente comprometida, exigindo intervenções médicas intensivas e contínuas. Essa definição abarca uma variedade de cenários, desde pacientes em estado pós-operatório delicado até aqueles enfrentando doenças graves ou traumas significativos. A condição crítica muitas vezes não se restringe apenas ao aspecto físico, estendendo-se ao impacto psicológico profundo que a situação pode ter sobre o paciente.

A importância da comunicação torna-se evidente ao considerar o papel fundamental que ela desempenha no apoio emocional dos pacientes críticos (Ramos, 2012). A qualidade da comunicação afeta diretamente o bem-estar emocional do doente, bem como a capacidade da família em compreender a situação e tomar decisões informadas (Bishop, 2004; Hernandez, 2011). Portanto, requer-se que os enfermeiros detenham uma profunda compreensão das complexidades inerentes a este cenário, bem como o desenvolvimento de estratégias de comunicação eficazes (Ramos, 2012).

É de notar que as responsabilidades atribuídas a um enfermeiro em ambientes de cuidados intensivos podem restringir sua capacidade de atender e apoiar as necessidades das famílias dos pacientes durante o cuidado intensivo (Hetland et al., 2018). Essa falta de atenção vai de encontro à abordagem abrangente do cuidado, uma característica essencial da profissão. A participação familiar, central nessa abordagem, desempenha um papel crucial no processo de tratamento do paciente (Khatri Chhetri & Thulung, 2018; Ghabeesh et al., 2014). Dado que o impacto da família é um componente significativo na resposta do paciente ao tratamento, os enfermeiros emergem como os profissionais de saúde mais aptos a atender às necessidades emocionais e sociais das famílias com pacientes em cuidados intensivos (Hetland et al., 2018). Fatores como a estrutura organizacional, ambiente de trabalho, cultura de enfermagem e situação familiar influenciam diretamente a capacidade dos enfermeiros em fornecer cuidados centrados na família (McAndrew et al., 2020). À medida que a ênfase nos cuidados de saúde se desloca de uma abordagem centrada no paciente para uma centrada na família, é imperativo avaliar minuciosamente as necessidades das famílias dos doentes hospitalizados, particularmente em unidades de cuidados intensivos (Khoshnodi et al., 2017).

Diante do exposto, destaca-se a relevância fundamental da comunicação no âmbito do paciente crítico, sublinhando a função essencial dos enfermeiros na gestão dos cuidados de saúde, monitoramento contínuo do estado do paciente e fornecimento de apoio emocional. A complexidade central reside na dificuldade de se comunicar com pacientes em estado crítico, devido às limitações físicas e emocionais frequentemente associadas a essa condição. A qualidade da comunicação é crucial para identificar precocemente problemas e garantir o bem-estar emocional tanto do paciente quanto da família. A comunicação eficaz é indispensável para a oferta de cuidados de alta qualidade em unidades de cuidados intensivos. Falhas na comunicação podem resultar em complicações e decisões médicas equivocadas, enquanto uma comunicação adequada proporciona conforto emocional ao paciente e à sua família, facilita a

tomada de decisões informadas e promove uma abordagem holística aos cuidados. Comunicar com pacientes críticos representa um desafio complexo, exigindo dos enfermeiros uma compreensão aprofundada das limitações específicas desse grupo e o desenvolvimento de estratégias de comunicação adaptativas. Superar esses obstáculos na comunicação é crucial para fornecer cuidados de alta qualidade e promover o bem-estar dos pacientes em estado crítico.

Dada a apresentação acima, o presente trabalho assenta na condução de uma scoping review que tem como objetivo analisar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros na comunicação com doentes críticos, assim como com as suas famílias, identificando também as principais dificuldades enfrentadas. Em específico, pretende-se analisar a complexidade da comunicação no contexto do doente crítico, identificar as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros e explorar estratégias de comunicação eficazes. Além disso, há um foco significativo na importância da comunicação com a família do doente crítico, reconhecendo-a como um elemento vital na prestação de cuidados de saúde. A investigação busca, assim, contribuir para o desenvolvimento de práticas de enfermagem mais eficazes e compassivas, garantindo que a comunicação seja uma ferramenta valiosa na promoção da segurança e do bem-estar do doente em estado crítico.

Estruturalmente falando, ao longo deste trabalho será encontrado um enquadramento teórico voltado para a concetualização das temáticas em estudo, explanando as principais concetualizações que preparam o leitor para o propósito do estudo. De seguida, é apresentada uma componente metodológica que visa informar os procedimentos adotados na condução da presente scoping review. Os principais resultados são apresentados, seguidos de uma discussão e conclusão do presente trabalho.

PARTE I -ENQUADRAMENTO TÉORICO

1. A COMUNICAÇÃO: CONSIDERAÇÕES GERAIS

A comunicação é um processo intrínseco ao ser humano, definindo-o como um ser social, uma vez que, como afirmou Littlejohn (1988, p. 18), "é a nossa capacidade para comunicar num nível superior que nos separa dos animais". Ela está profundamente enraizada nas necessidades humanas fundamentais, como destaca Freixo (2011, p. 25), "todos nós temos uma compreensão inata da natureza da comunicação, uma vez que é algo que fazemos de forma natural ao falar, escrever e interagir com os outros." Pode dizer-se que a comunicação e a existência são conceitos inseparáveis, a comunicação é essencial à vida (Monteiro et al., 2008).

A comunicação permeia todas as facetas da nossa vida quotidiana, quer de forma intencional, quer de forma inconsciente, uma vez que tudo em nós é veículo de comunicação. Desde as palavras que proferimos até os nossos momentos de silêncio, passando pelos nossos gestos corporais, as nossas expressões faciais, o olhar que direcionamos, e até mesmo a maneira como nos apresentamos perante os outros. As formas de comunicação verbal, que englobam qualquer método de comunicação que faça uso de palavras, como a fala e a escrita, são aquelas das quais temos uma consciência mais clara e que utilizamos rotineiramente no nosso dia-a-dia. Elas são reconhecidas como as formas mais convencionais de interagir na sociedade, transmitindo mensagens, tanto verbais como não-verbais, constantemente, com o propósito de compreender e ser compreendido pelos outros. As mensagens que são transmitidas através da comunicação verbal podem ter diversas funções, conforme identificadas por Freixo (2011). A função expressiva ou emotiva concentra-se no emissor e diz respeito à maneira como se expressa e enfatiza as palavras, fortalecendo o seu conteúdo cognitivo. A função apelativa, por sua vez, está direcionada para o destinatário e relaciona-se com a forma como o emissor utiliza as palavras, frequentemente utilizando um tom imperativo, com o objetivo de persuadir o recetor a cumprir uma ordem ou a intenção do emissor. A função cognitiva representa o cerne da comunicação, pois refere-se à troca de informações entre os intervenientes no processo comunicativo. A função fática relaciona-se com as expressões usadas para chamar a atenção do recetor, enquanto a função metalinguística ocorre quando um dos intervenientes da comunicação precisa garantir que ambos utilizam o mesmo código e, por isso, solicita esclarecimentos ao outro. Por último, a função poética enfoca o conteúdo da mensagem, relacionando-se com a sonoridade e a estética das palavras, sem que haja uma regra específica para tal, priorizando o impacto e a expressividade da mensagem.

1.1 Comunicação em enfermagem

Além de inata ao ser humano no geral, a comunicação é uma capacidade essencial no cuidado de enfermagem, desempenhando um papel central na promoção da qualidade dos cuidados prestados ao doente, considerando que seus objetivos incluem a habilidade de lidar com pessoas e contribuir para a preservação e recuperação da saúde. A enfermagem é, em essência, um processo terapêutico e interpessoal, onde a colaboração com outros indivíduos é essencial para promover a saúde tanto a nível individual como comunitário (Bastos, 2002).

Riley (2004) destaca a importância da capacidade de compreensão no contexto das relações interpessoais. Honoré (2004) argumenta que a comunicação é um processo que permite ao enfermeiro estabelecer conexões humanas significativas, auxiliando assim os doentes e suas famílias na superação das experiências da doença e do sofrimento, ajudando-os a encontrar um significado nessas vivências. A mesma autora sugere que a interação é, portanto, todo o contacto em que ocorre uma influência mútua através da comunicação verbal e não-verbal. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 2, define a comunicação como um elemento central da prática de enfermagem. Esta definição estipula que a comunicação é um "comportamento interativo: a troca de informações por meio de comportamentos verbais e não-verbais, seja em interações presenciais ou mediadas por tecnologia, sincronizadas ou não sincronizadas" (International Council of Nurses, 2011, p. 45). Essa definição destaca a importância da comunicação não-verbal, que tem ganhado crescente atenção e valorização, especialmente no contexto da prestação de cuidados de enfermagem.

A comunicação não verbal desempenha um papel significativo na interação entre enfermeiros e doentes críticos. Gestos, expressões faciais e linguagem corporal são usados para transmitir empatia, tranquilidade e compreensão (Krippendorff, 2019). A comunicação não-verbal é aquela que, de acordo com Bolander (1998), envolve um conjunto de comportamentos que transmitem mensagens sem a utilização de palavras ou complementam a comunicação verbal. Isso é particularmente útil quando a comunicação baseada em palavras não é possível, uma vez que existem numerosos sinais não-verbais que possibilitam a comunicação. O nosso corpo, de forma natural, envia e recebe esses sinais, que codificamos e deciframos para que a interação tenha significado. Segundo a perspectiva de Freixo (2011), a comunicação não verbal abrange uma série de componentes, incluindo expressões faciais, contacto visual, gestos, postura e linguagem corporal, bem como as escolhas relativas a vestuário e estilos de cabelo. Este modo de comunicação é muitas vezes mais espontâneo do que a comunicação verbal, sendo, portanto,

mais difícil de controlar, uma vez que selecionar as palavras a dizer é geralmente mais acessível do que escolher a expressão facial mais apropriada para um dado momento. Por conseguinte, é legítimo afirmar que a comunicação não-verbal é omnipresente no nosso ambiente, uma vez que, de acordo com Freixo (2011), desempenha uma série de funções essenciais no comportamento social da humanidade.

Por sua vez, a comunicação terapêutica é um conceito central na enfermagem. Envolve estratégias que visam promover a relação terapêutica entre o enfermeiro e o doente, com o objetivo de alcançar resultados positivos em termos de saúde. Estas estratégias incluem a empatia, o respeito, a escuta ativa e a capacidade de transmitir informações de forma clara (Peplau, 1991). A comunicação eficaz entre enfermeiros e indivíduos com demência é uma das principais responsabilidades clínicas e não pode ser subcontratada. As relações interpessoais nesse contexto desempenham um papel significativo na determinação da satisfação do doente, na adesão ao tratamento, nos resultados de saúde e na satisfação profissional. Alves (2011) destaca que as competências interpessoais capacitam os profissionais de saúde a enfrentar diversas situações na sua interação com os doentes, o que, por sua vez, eleva os níveis de satisfação e motivação profissional, além de contribuir para a promoção da segurança e qualidade dos cuidados oferecidos.

Portanto, no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem, as competências de comunicação clínica são orientadas para o bem-estar do doente, priorizando uma relação terapêutica de elevada qualidade. No entanto, conforme enfatizado por Cardoso (2018), a relação clínica não começa apenas quando se abordam questões clínicas com o doente. Pelo contrário, as interações clínicas, semelhantes a qualquer outra interação humana, têm início no primeiro contacto visual e nas primeiras impressões informais. Assim, é imperativo que os enfermeiros demonstrem, desde o início, um comportamento que promova uma relação empática e de confiança com a pessoa que enfrenta uma situação crítica. Na rotina das práticas clínicas, os enfermeiros necessitam de cultivar e aprimorar as suas competências de relacionamento interpessoal e de comunicação, tanto no seio da equipa de saúde como, sobretudo, com o doente. O ensino e o treino dessas competências de comunicação terapêutica desempenham um papel essencial na construção da confiança do doente e na promoção da qualidade dos cuidados prestados.

1.1.1 Comunicar com o doente em situação crítica

No contexto do doente crítico, a comunicação assume um peso ainda mais substancial do que nas práticas convencionais de enfermagem. A razão fundamental para esta ampliação da importância reside no facto de o enfermeiro muitas vezes atuar como o elo crucial e indispensável entre o doente e a equipa de saúde multidisciplinar (Backes et al., 2012). Essa posição centraliza-se nas responsabilidades críticas que o enfermeiro assume, pois desempenha um papel vital em diversos aspetos dos cuidados ao doente em estado crítico (Silva & Lage, 2010).

Primeiramente, a enfermagem é encarregue da avaliação constante e minuciosa do estado de saúde do doente crítico (Baumgarten & Poulsen, 2015; Silva & Lage, 2010). Esta tarefa abrange a monitorização contínua dos sinais vitais, a avaliação da resposta do doente a intervenções terapêuticas e a identificação de quaisquer alterações que possam sinalizar uma deterioração do estado de saúde (Baumgarten & Poulsen, 2015). A comunicação eficaz é, portanto, essencial para relatar prontamente qualquer alteração ao restante da equipa de saúde, permitindo uma ação imediata para a estabilização do doente (Volles et al., 2012). Qualquer lacuna ou falha na comunicação nesse contexto pode ter sérias consequências para o doente, uma vez que a deteção precoce de problemas é muitas vezes a chave para um tratamento bem-sucedido (Silva & Lage, 2010).

Além das tarefas clínicas, o enfermeiro também desempenha um papel crucial no fornecimento de apoio emocional ao doente crítico e à sua família. A comunicação com doentes críticos constitui um dos maiores desafios enfrentados pelos enfermeiros (Ramos, 2012), e isso deve-se a uma interseção única de fatores, relacionados principalmente à condição de saúde dos doentes e às intervenções médicas frequentes necessárias para manter a vida. O estado de saúde crítico pode ser extremamente angustiante e assustador, tanto para o doente como para os seus familiares (Silva, 2007). Neste contexto, a comunicação empática e sensível é vital para tranquilizar, esclarecer dúvidas, oferecer suporte emocional e fornecer informações compreensíveis sobre o estado do doente (Hosley & Molle, 2006; Kestenberg, 2013). A qualidade da comunicação afeta diretamente o bem-estar emocional do doente, bem como a capacidade da família em compreender a situação e tomar decisões informadas (Bishop, 2004; Hernandez, 2011). Portanto, requer-se que os enfermeiros detenham uma profunda compreensão das complexidades inerentes a este cenário, bem como o desenvolvimento de estratégias de comunicação eficazes (Ramos, 2012).

Em primeiro lugar, é fundamental reconhecer que os doentes críticos se encontram

frequentemente em estado grave devido a doenças agudas, lesões traumáticas ou condições crónicas que pioraram substancialmente (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2010). Muitos deles são submetidos a intervenções médicas de emergência, como a intubação, para auxiliar na respiração (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2010). Isso leva a uma situação em que o doente fica impossibilitado de comunicar de maneira convencional, uma vez que está fisicamente incapaz de falar devido à presença de tubos de ventilação inseridos nas vias respiratórias. Além disso, muitos doentes críticos são sedados para reduzir o desconforto e a agitação (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2010), o que diminui ainda mais a sua capacidade de comunicação (Zinn et al., 2003). Além disso, alguns doentes críticos podem sofrer de condições neurológicas graves, como acidente vascular cerebral, traumatismo cranioencefálico ou demência, que afetam diretamente a sua capacidade de comunicar de maneira eficaz (Sakata, 2010). Nestas circunstâncias, os enfermeiros enfrentam um desafio adicional, pois a comunicação é dificultada não apenas por questões físicas, mas também por questões cognitivas.

1.1.2 Comunicar com a família do doente crítico

Por sua vez, a comunicação com a família do doente crítico é uma componente vital da prestação de cuidados de saúde nesse contexto desafiador. Os enfermeiros desempenham um papel central e multifacetado nesse processo, pois estão na linha de frente, interagindo tanto com o doente quanto com os seus entes queridos (Büyükcoban et al, 2021). Compreender a importância da comunicação com a família e desenvolver habilidades eficazes é essencial para promover o bem-estar global do doente crítico e para envolver a família de forma colaborativa e esclarecedora no processo de tratamento (Turnbull et al, 2017).

É inquestionável que a comunicação com a família é fundamental para manter os familiares informados sobre o estado do doente. A incerteza e a ansiedade são comuns quando um ente querido está em estado crítico, e os familiares muitas vezes anseiam por informações claras e atualizadas sobre o estado de saúde do doente. Os enfermeiros desempenham um papel crucial ao fornecer informações precisas e compreensíveis, esclarecendo procedimentos médicos, resultados de exames e planos de tratamento (Oliveira & Simões, 2013). A comunicação constante e a transparência ajudam a aliviar a ansiedade dos familiares, proporcionando-lhes uma sensação de controlo e segurança durante uma situação emocionalmente desafiadora. Além disso, os enfermeiros desempenham um papel central no fornecimento de apoio emocional à

família do doente crítico. A angústia emocional é uma resposta comum diante da doença grave, e a família frequentemente enfrenta um turbilhão de emoções, desde o medo até a tristeza e a frustração (Zanelatto & Pai, 2010). Os enfermeiros que demonstram empatia, ouvem as preocupações da família e oferecem suporte emocional podem ajudar a aliviar o peso emocional que recai sobre os familiares. Este apoio não se limita a fornecer informações médicas; também envolve demonstrar compreensão e compaixão em momentos de necessidade (Oliveira & Simões, 2013).

A comunicação com a família é essencial no processo de tomada de decisões. Muitas vezes, os familiares são consultados sobre escolhas de tratamento, procedimentos médicos e decisões de fim de vida (Kehali et al, 2020). Os enfermeiros desempenham um papel importante ao ajudar a facilitar essas conversas difíceis, fornecendo informações objetivas, esclarecendo opções e respeitando as escolhas da família. Envolver a família no processo de decisão promove uma abordagem mais holística e centrada no doente aos cuidados, garantindo que as preferências e valores do doente sejam considerados (Bechtel & Ness, 2010; McCormack, et al., 2011). A comunicação eficaz com a família do doente crítico pode estabelecer uma relação de confiança duradoura. Isso é crucial, uma vez que a família muitas vezes atua como uma ponte entre o doente e a equipa de saúde, monitorando a recuperação e observando mudanças subtis no estado de saúde (Oliveira & Simões, 2013). Uma relação de confiança pode levar a uma colaboração mais eficaz e à identificação precoce de problemas, o que é essencial para uma prestação de cuidados segura e de qualidade.

PARTE II –ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1. METODOLOGIA

O presente trabalho materializa-se numa scoping review, fundamentada nos princípios da investigação científica. Esta tarefa tem como objetivo congrega estudos publicados, como resposta a uma problemática investigativa, de forma criteriosa e imparcial. Nesse sentido, o presente trabalho segue uma metodologia rigorosa, comprometida com a precisão e a objetividade. Importa salientar que uma revisão sistemática se configura como um estudo de natureza qualitativa, de acordo com os preceitos estabelecidos por Cook e colaboradores (1997), visando reunir, avaliar criticamente e sintetizar os resultados de vários estudos.

Com o intuito de promover clareza e transparência nesta scoping review, mitigando possíveis falhas, a presente pesquisa bibliográfica foi conduzida segundo a metodologia recomendada pelo Joanna Briggs Institute (JBI; Peters et al., 2020), e de acordo com Preferred Reporting Items for Systematic Reviews - Scoping Reviews (PRISMA-ScR).

O Instituto e suas entidades colaboradoras promovem e apoiam a síntese, a transferência e a utilização de evidência por meio da identificação de práticas de saúde viáveis, apropriadas, significativas e eficazes para ajudar na melhoria global dos resultados de saúde.

Assim sendo, o presente estudo tem como propósito mapear evidência científica acerca das estratégias utilizadas pelos enfermeiros na comunicação com o doente crítico e respetiva família e as dificuldades de comunicação neste contexto.

Para a realização de uma scoping review, torna-se primordial partir de uma questão de investigação. Esta questão visa nortear toda a pesquisa a realizar posteriormente e foi elaborada segundo a metodologia de JBI que obedece aos critérios de elegibilidade com base na mnemónica PCC, isto é, População, Conceito e Contexto (Apóstolo, 2017).

Numa primeira fase de pesquisa foram considerados os estudos que incluíam enfermeiros (População), centrados nas estratégias utilizadas e dificuldades encontradas na comunicação (Conceito), referentes ao doente crítico e família (Contexto).

Assim, partindo da mnemónica PCC, a presente revisão foi guiada por forma responder às seguintes questões de investigação: Quais as estratégias utilizadas e dificuldades encontradas pelos enfermeiros na comunicação com o doente crítico e respetiva família?

Foram definidos os critérios de elegibilidade com base na população, conceito e contexto (PCC), de acordo com a metodologia proposta pelo JBI (Peters et al., 2020).

De referir que o processo de seleção e extração de dados foi desenvolvido por dois revisores independentes (investigador e orientador), de acordo com as diretrizes apresentadas seguidamente.

Quadro 1.

Estratégia PCC

População	Conceito	Contexto
Enfermeiros	Estratégias utilizadas e dificuldades encontradas na comunicação	Doente crítico e família
Pergunta de pesquisa segundo a mnemónica PCC		
Quais as estratégias utilizadas e dificuldades encontradas pelos enfermeiros na comunicação com o doente crítico e respetiva família?		

1.1 Estratégia de pesquisa e seleção de estudos

Os estudos foram identificados através de uma pesquisa em diferentes bases de dados como a Scopus, EBSCO, Pubmed e Web of Science, utilizando palavras-chave relacionadas com a comunicação em enfermagem com doentes críticos.

Os termos livres e descritores identificados foram combinados por meio dos operadores booleanos “OR” e “AND”. Para evitar vieses de publicação e seleção de fontes, as pesquisas foram complementadas por uma pesquisa manual.

Tendo em conta o objetivo delineado para o estudo, foram definidas as seguintes expressões de pesquisa e frases booleanas: AB (communication OR “professional-family relations”) AND (“intensive care units” OR “critically ill patient”) AND AB (technique OR strateg*) AND AB (nurs*).

Foram apenas selecionados limitadores de pesquisa quanto ao ano de publicação, limitando a pesquisa aos estudos publicados nos últimos cinco anos (2019-2023).

1.1.1 Critérios de inclusão e exclusão

Para a seleção dos estudos foram delineados os seguintes critérios de inclusão: a) estudos empíricos, de natureza qualitativa ou quantitativa; b) estudos publicados em revistas científicas; c) estudos publicados em inglês, espanhol ou português; d) estudos que envolvem pacientes em situação crítica e/ou respectiva família; e) estudos que abordem as dificuldades de comunicação e/ou estratégias de comunicação com o doente crítico e a sua família.

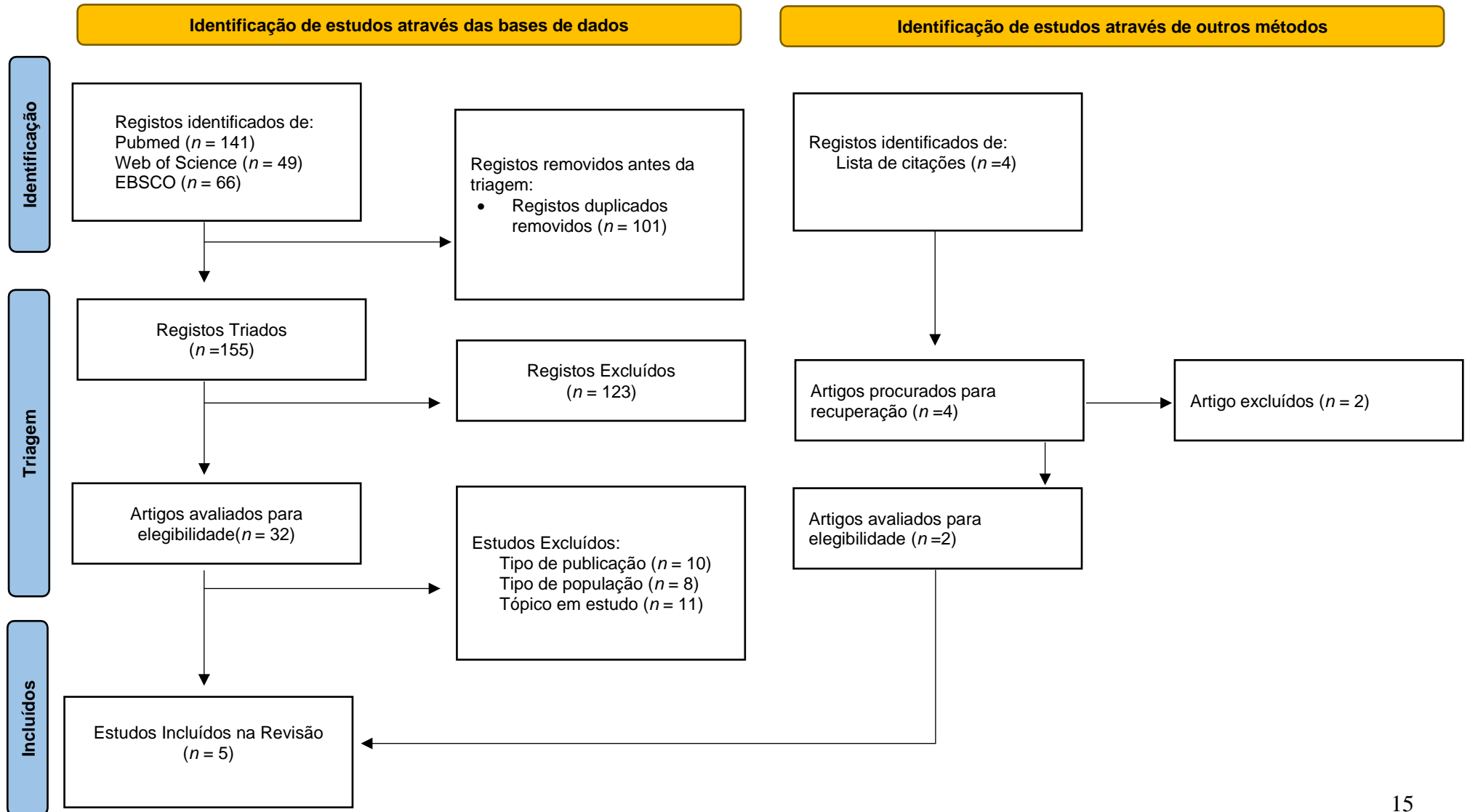
Os estudos selecionados ainda foram analisados quanto aos seguintes critérios de exclusão: a) artigos que não sejam completos; b) estudos que na sua amostra também incluam outros tipos de doentes/utentes.

1.2 Seleção dos estudos

Após uma pesquisa realizada nas bases de dados supramencionadas no mês de setembro, foram selecionados no total 256 artigos, 49 artigos na Web of Science, 141 na Pubmed e 66 na EBSCO. Após remoção dos artigos duplicados, foram selecionados 155 artigos para leitura do título e resumo. Nesta triagem foram excluídos 123 artigos, 42 por não corresponderem ao tipo de estudo de critério, 38 por não incluírem estratégias de comunicação e 43 por não incluírem doentes em situação crítica. Foram selecionados 32 artigos para leitura integral, tendo sido excluídos 10 por não corresponderem ao tipo de estudo previamente definido como critério, 8 por não incluírem enfermeiros nas suas amostras e 11 por não inspecionarem as estratégias ou barreiras de comunicação com doentes críticos. Deste processo de seleção resultaram 3 artigos finais. Através da leitura da lista de referências de artigos incluídos ao longo deste processo, 2 artigos foram adicionados, perfazendo um total de 5 artigos incluídos nesta revisão sistemática. A Figura 1 reflete o processo previamente descrito.

Figura 1

Fluxograma PRISMA do processo de seleção dos estudos



2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

As principais características dos cinco estudos incluídos no estudo são apresentadas no Quadro 2 (Pag.19). Vários estudos recentes abordaram diversos aspetos da comunicação nos cuidados intensivos, explorando a perspetiva de enfermeiros, doentes críticos e familiares, recorrendo a tipologias metodológicas também diversas, como estudos qualitativos, quantitativos e mistos.

Seguidamente fazemos uma análise dos resultados obtidos, referindo-nos às principais estratégias utilizadas pelos enfermeiros na comunicação com os doentes críticos e sua família e ainda às dificuldades ou barreiras encontradas.

2.1 Estratégias de Comunicação nos Cuidados Intensivos

O estudo de Reifarth e colaboradores (2023) identificou várias estratégias de comunicação eficaz, incluindo a preferência por métodos de comunicação face-a-face, como o modelo "ask-tell-ask" e o uso de desenhos para explicar conceitos médicos, simplificando a terminologia médica. A empatia foi destacada como um componente essencial da comunicação, enfatizando a importância de reconhecer a perspetiva e as preocupações dos pacientes e suas famílias.

Por outro lado, o estudo de Yoo e colaboradores (2020) não identificou estratégias específicas, mas reconheceu a natureza desafiadora da comunicação nos cuidados intensivos. Os enfermeiros relataram enfrentar dificuldades de comunicação inesperadas e enfatizaram a importância da aprendizagem por tentativa e erro, indicando que a melhoria das competências de comunicação requer prática contínua e adaptação.

Embora não tenha sido foco de um estudo específico, o tema emergente de Vaz et al. (2023) durante a pandemia de COVID-19 destacou as barreiras físicas e emocionais que afetaram a comunicação nos cuidados intensivos. A falta de contacto pessoal devido ao uso de equipamento de proteção individual, o isolamento das famílias dos pacientes e as preocupações éticas e médico-legais, complicaram a comunicação durante essa crise.

2.2 Barreiras à Comunicação em enfermagem nos Cuidados Intensivos

Alguns estudos incluídos analisaram os desafios que surgem no contexto dos cuidados intensivos, identificando as principais barreiras que podem comprometer a comunicação. Antonacci e colaboradores (2018) destacaram a inadequação da comunicação no ambiente de

cuidados intensivos como uma barreira significativa. Embora as razões específicas não tenham sido detalhadas no estudo, os autores referem que a comunicação entre enfermeiros e pacientes enfrenta desafios substanciais. Essa inadequação pode ser atribuída a fatores como a complexidade dos cuidados intensivos, o stress inerente a esse ambiente e a falta de treino adequado em comunicação. Estas dificuldades foram também enfatizadas por Reifarth e colaboradores (2023), que identificaram com maior pormenor algumas dificuldades adicionais, à comunicação nos cuidados intensivos, incluindo barreiras físicas, como o uso de equipamento de proteção individual, que dificultam a comunicação e a expressão facial. Além disso, o stress emocional e mental enfrentado pelos profissionais de saúde durante situações críticas, como a pandemia de COVID-19, afetou negativamente a qualidade da comunicação. Isso destaca a importância de apoiar o bem-estar dos profissionais de saúde para melhorar a comunicação. O estudo também destacou desafios infraestruturais, como a falta de conectividade e regras claras para lidar com interrupções durante as conversas com pacientes e familiares. Além disso, dilemas éticos e morais, como discussões sobre o fim da vida e questões médico-legais, surgiram como obstáculos importantes para a comunicação (Reifarth et al., 2023).

Outro estudo, de Gropp e colaboradores (2019), ressaltou o sucesso limitado das intervenções de treino de comunicação devido à brevidade da formação oferecida. Para superar essa barreira, os autores referem ser necessário um treino mais abrangente e contínuo. Além disso, o estudo recomendou a colaboração entre enfermeiros e terapeutas da fala e da linguagem para implementar estratégias inovadoras de comunicação, reconhecendo a complexidade da comunicação nos cuidados intensivos.

Vaz e colaboradores (2023) concentrou-se nas barreiras físicas e emocionais à comunicação durante a pandemia de COVID-19 em unidades de terapia intensiva designadas para pacientes com COVID-19. Congruente com o anteriormente abordado pelos autores, barreiras físicas, como o uso de equipamento de proteção individual, foram identificadas como um desafio importante que afetou a comunicação e a expressão facial, tornando a interação menos pessoal. Além disso, o isolamento da família dos pacientes representou uma barreira à comunicação entre pacientes, familiares e profissionais de saúde. A falta de contato pessoal e de apoio emocional direto contribuiu para o stress emocional de todos os envolvidos. Esses desafios foram agravados por questões éticas e morais, incluindo discussões sobre o fim da vida e preocupações médico-legais. A obtenção de consentimento por telefone e a necessidade de discutir questões sensíveis, como o destino dos pacientes, representaram barreiras significativas para a comunicação eficaz durante a pandemia (Vaz et al., 2023).

Em resumo, a comunicação nos cuidados intensivos é destacada pelos estudos como uma tarefa complexa que envolve vários desafios. Foram reconhecidas como barreiras de comunicação a falta de formação adequada, o stresse, as barreiras físicas e os dilemas éticos. Especificamente, as estratégias mencionadas sobre a comunicação com as famílias de doentes críticos debruçam-se essencialmente no face a face, método ask-tell-ask, desenho e explicação da terminologia médica, com ênfase na importância da comunicação empática. Pelas famílias é mencionada a preferência por poderem escolher entre um resumo ou um relatório pormenorizado no início da conversa e receber um resumo com todas as perguntas respondidas no final. Ainda na dimensão familiar, verifica-se como barreira de comunicação o isolamento da família dos pacientes, aquando dos serviços prestados durante a COVID-19. As estratégias de comunicação eficaz incluem treino contínuo, colaboração interdisciplinar, uso de métodos de comunicação face a face, empatia e a importância da adaptação constante. Para a maioria dos estudos, garantir que os profissionais de saúde estejam bem preparados e apoiados emocionalmente é fundamental para fornecer cuidados de alta qualidade nos cuidados intensivos.

Quadro 2.

Principais características e resultados dos estudos incluídos

Título	Autor (Ano)	Objetivo	Tipo de Estudo	Principais Conclusões
They can hear the silence: Nursing practices on communication with patients	Antonacci et al. (2018)	Incentivar os enfermeiros a refletir sobre a forma como comunicam com os doentes na sua prática atual.	Estudo Qualitativo	Este estudo concluiu que a comunicação desempenha um papel fundamental, uma vez que está altamente inter-relacionada com muitos outros aspetos dos cuidados. Uma das principais conclusões é que a comunicação enfermeiro-doente é inadequada no ambiente de cuidados intensivos por uma série de razões.
Nurses' perspectives about communication with patients in an intensive care setting using a communication board: A pilot study.	Gropp et al. (2019)	Determinar as perspetivas dos enfermeiros relativamente à comunicação com doentes em estado crítico e às necessidades de comunicação nos cuidados intensivos antes e depois de uma sessão de formação.	Estudo Experimental	Os participantes indicaram que a comunicação é essencial nos cuidados intensivos, e que um painel de comunicação pode ser utilizado com sucesso. No entanto, observou-se um sucesso limitado com a intervenção ao longo do tempo, possivelmente devido possivelmente devido à breve formação ministrada. Por conseguinte, é necessário que os enfermeiros e os terapeutas da fala e da linguagem trabalhem em conjunto para prestar cuidados médicos aos doentes da UCI através da implementação de estratégias de comunicação inovadoras.

<p>Communication strategies for effective family-clinician conversations in the intensive care unit: A mixed methods study.</p>	<p>Reifarth e al. (2023)</p>	<p>Explorar as perspetivas dos familiares e dos clínicos dos doentes de cuidados intensivos sobre a transmissão de informações durante as conversas entre a família e os clínicos.</p>	<p>Estudo Misto</p>	<p>Todos os profissionais (médicos e enfermeiros) preferiram a comunicação face a face, o método ask-tell-ask, o desenho do destinatário e a explicação da terminologia médica.</p> <p>Os profissionais comentaram ainda a comunicação empática, defendendo o reconhecimento da grande quantidade de informação. Os temas qualitativos que destacam a importância das boas maneiras à cabeceira da cama e da informação escrita foram exclusivos dos membros da família. As perguntas fechadas foram identificadas como potenciais fontes de problemas. Duas estratégias de comunicação foram consideradas mais adequadas pelos familiares do que pelos médicos: a possibilidade de escolher entre um resumo ou um relatório pormenorizado no início e receber um resumo e ter todas as perguntas respondidas no final de uma conversa.</p>
<p>Understanding the Challenges of Intensive Care Staff in Communicating With Patients and Patients' Families During the COVID-19 Crisis: A Qualitative Exploration.</p>	<p>Vaz et al. (2023)</p>	<p>Explorar as experiências vividas pelos profissionais de saúde durante a pandemia da COVID-19 em relação à comunicação com o doente e a família do doente. Especificamente, teve como objetivo compreender os desafios de comunicação enfrentados por médicos e enfermeiros em UCI designadas para a COVID-19.</p>	<p>Estudo qualitativo</p>	<p>Temas principais: barreiras físicas, fatores de stress emocional e mental, desafios infraestruturais e dilemas éticos e morais.</p> <p>Subtemas: o equipamento de proteção individual, os níveis de energia reduzidos e o isolamento da família dos doentes no domínio dos desafios físicos; os receios do desconhecido, o tratamento da morte dos doentes em isolamento e as frustrações das famílias; a fraca conectividade e a insuficiência de telemóveis, bem como a ausência de regras para lidar com as interrupções. As violações da privacidade, a obtenção de consentimento por telefone, as discussões sobre o fim da vida e os riscos médico-legais.</p>

<p>Critical care nurses' communication experiences with patients and families in an intensive care unit: A qualitative study.</p>	<p>Yoo et al. (2020)</p>	<p>Explorar as experiências de comunicação dos enfermeiros de cuidados intensivos com os doentes e as suas famílias, utilizando uma metodologia de investigação qualitativa aprofundada.</p>	<p>Estudo qualitativo</p>	<p>Foram identificados três temas sobre as experiências de comunicação dos enfermeiros: dificuldades de comunicação inesperadas, aprender por tentativa e erro e reconhecer as experiências de comunicação como sendo essenciais para a prestação de cuidados.</p>
---	------------------------------	--	---------------------------	--

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A comunicação desempenha um papel fundamental no contexto do doente crítico (Volles et al., 2012), sendo os enfermeiros peças-chave na gestão de cuidados de saúde e no apoio emocional (Baumgarten & Poulsen, 2015; Silva & Lage, 2010). No entanto, comunicar com doentes em estado crítico é um desafio complexo, dadas as limitações físicas e emocionais que muitas vezes enfrentam. A qualidade da comunicação é crucial para a deteção precoce de problemas, o bem-estar do doente e da sua família, bem como para a qualidade geral dos cuidados intensivos. Erros na comunicação podem ter consequências graves, enquanto uma comunicação eficaz traz conforto emocional, facilita decisões informadas e promove uma abordagem holística aos cuidados (Hosley & Molle, 2006; Kestenberg, 2013).

Esta scoping review teve como objetivo analisar as estratégias usadas pelos enfermeiros na comunicação com doentes críticos e suas famílias, identificando dificuldades comuns. Além disso, concentrou-se na importância da comunicação com as famílias, reconhecendo-a como um elemento vital na prestação de cuidados de saúde. Abordar este tema permite contribuir para práticas de enfermagem mais eficazes e compassivas, garantindo que a comunicação seja uma ferramenta valiosa na promoção da segurança e do bem-estar do doente em estado crítico. Para responder a este objetivo e com fim de reunir mais conhecimento sobre este assunto, uma scoping review foi conduzida seguindo as diretrizes sustentada na metodologia de *Joanna Briggs Institute* (JBI).

A comunicação com o doente crítico desempenha um papel crucial na qualidade dos cuidados prestados e no bem-estar dos pacientes e suas famílias. No entanto, diversos estudos recentes abordaram os desafios e as barreiras que podem comprometer a comunicação nesse ambiente crítico. Antonacci e colaboradores (2018) destacaram a inadequação da comunicação com o doente crítico como uma barreira significativa. Embora as razões específicas não tenham sido detalhadas no estudo, é possível inferir que a complexidade dos cuidados intensivos, o stress inerente a esse ambiente e a falta de treino adequado em comunicação são fatores que contribuem para essa inadequação. A comunicação inadequada pode resultar em mal-entendidos, erros de medicação e sentimentos de ansiedade e incerteza por parte dos pacientes e suas famílias. Garantir que os profissionais de saúde recebam formação e treino em comunicação é fundamental (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Isso pode incluir a capacitação em técnicas de comunicação, empatia e reconhecimento da perspetiva do paciente. Além disso,

é importante criar um ambiente que promova a comunicação aberta e eficaz, onde os profissionais de saúde se sintam à vontade para fazer perguntas e compartilhar informações com os pacientes e suas famílias (Hojat & LaNoue, 2014). Reifarth et al. (2023) identificaram barreiras físicas, como o uso de equipamento de proteção individual, que dificultam a comunicação e a expressão facial. Durante a pandemia de COVID-19, isso tornou-se particularmente relevante, afetando a interação pessoal. Além disso, o stresse emocional e mental enfrentado pelos profissionais de saúde durante situações críticas, como a pandemia, prejudicou a qualidade da comunicação. O isolamento das famílias dos pacientes também representou uma barreira à comunicação, levando a uma falta de contato pessoal e de apoio emocional direto. É fundamental fornecer aos profissionais de saúde equipamento de proteção individual adequado e garantir que eles estejam treinados para comunicar eficazmente enquanto o usam (Bell et al., 2018; Briggs, 2017). Além disso, a promoção do bem-estar emocional dos profissionais de saúde, por meio de apoio psicológico e programas de redução de stresse, pode melhorar a qualidade da comunicação (Briggs, 2017; Campos, 2005; Cunha et al., 2013). Durante crises como a pandemia de COVID-19, é importante encontrar maneiras de facilitar a comunicação entre pacientes e suas famílias, mesmo que isso ocorra de forma remota (e.g., Kennedy et al., 2021). Reifarth e colaboradores (2023) também destacaram desafios infraestruturais, como a falta de conectividade e regras claras para lidar com interrupções durante as conversas com pacientes e familiares. Além disso, dilemas éticos e morais, como discussões sobre o fim da vida e questões médico-legais, surgiram como obstáculos importantes para a comunicação. A melhoria da infraestrutura de comunicação nas unidades de cuidados intensivos parece ser crucial (Back et al., 2005; Kennedy et al., 2021). Isso pode incluir o uso de tecnologia para garantir a conectividade e o desenvolvimento de protocolos claros para situações de interrupção (Kennedy et al., 2021). Quanto aos dilemas éticos, é importante fornecer orientações e treino aos profissionais de saúde para ajudá-los a lidar com essas situações delicadas de forma ética e legalmente apropriada (Nóbrega, 2012).

A promoção de estratégias de comunicação eficaz nos cuidados intensivos desempenha um papel fundamental na qualidade do atendimento (Ruivo et al., 2010). Essas estratégias abrangem várias dimensões que, quando cuidadosamente integradas, podem melhorar substancialmente a interação entre profissionais de saúde, pacientes e familiares (e.g., Dithole et al., 2017). O treino contínuo representa o alicerce sólido para aprimorar as competências de comunicação dos profissionais de saúde (Happ et al., 2014; Holm & Dreyer, 2017). A complexidade dos cuidados intensivos exige que os membros da equipa estejam atualizados

com as melhores práticas de comunicação, adaptando-se a novos cenários, desafios e mudanças nas expectativas dos pacientes e familiares (Meleis, 2010). Investir em programas de treino regular não apenas aprimora as competências de comunicação, mas também fortalece a confiança dos profissionais de saúde em lidar com situações complexas (e.g., Happ et al., 2014). A colaboração interdisciplinar é uma peça-chave na melhoria da comunicação nos cuidados intensivos. Ao trabalhar em conjunto, enfermeiros, médicos, terapeutas da fala e outros membros da equipa podem criar um ambiente de comunicação mais aberto e coordenado (Burgio et al., 2001; (Roper et al., 2001). Comunicar-se eficazmente envolve não apenas a transmissão de informações, mas também a compreensão das necessidades de todos os envolvidos (Almeida, 2013). A colaboração interdisciplinar facilita o compartilhamento de perspectivas, conhecimento e experiências, permitindo uma comunicação mais holística e centrada no paciente (Hernandez, 2011; Kleier, 2013). A preferência por métodos de comunicação face a face, como o modelo "ask-tell-ask" identificado no estudo de Reifarh e colaboradores (2023), destaca a importância de estabelecer conexões pessoais com pacientes e familiares. A linguagem corporal, expressões faciais e contato visual desempenham um papel significativo na comunicação, transmitindo empatia e compreensão. A comunicação direta e pessoal cria um espaço para perguntas, preocupações e expressões emocionais, permitindo que os profissionais de saúde ofereçam apoio adequado e construam relações de confiança (Reifarh et al., 2023).

A empatia é uma das pedras angulares da comunicação eficaz nos cuidados intensivos (e.g., Halpern, 2014; Singer & Klimecki, 2014). A capacidade de reconhecer as preocupações, medos e necessidades dos pacientes e familiares contribui para um ambiente de cuidados mais compassivo e centrado no paciente (Kestenberg, 2013; Singer & Klimecki, 2014). A empatia não apenas acalma a ansiedade dos pacientes, mas também fortalece os vínculos entre profissionais de saúde e aqueles sob seus cuidados (Riess et al., 2012). Além disso, a importância da adaptação constante na comunicação é inegável (Halpern, 2014). Os cuidados intensivos frequentemente envolvem situações imprevisíveis e complexas, exigindo que os profissionais se ajustem a cada circunstância. A capacidade de se adaptar a diferentes estilos de comunicação, expectativas e necessidades dos pacientes é crucial para oferecer um atendimento eficaz e sensível.

Em última análise, garantir que os profissionais de saúde estejam bem preparados e apoiados emocionalmente é fundamental para fornecer cuidados de alta qualidade nos cuidados intensivos. Isso implica oferecer treino, recursos e suporte para lidar com a pressão emocional

e as complexidades inerentes ao ambiente de cuidados intensivos. Ao implementar estratégias de comunicação eficaz e fornecer apoio emocional, os profissionais de saúde podem promover um ambiente de cuidados que beneficie tanto os pacientes quanto a equipa de atendimento, resultando em uma assistência mais humanizada e eficiente nos cuidados intensivos.

Embora a scoping review aborde de maneira abrangente as complexidades da comunicação com o doente crítico e sua família, é importante reconhecer algumas limitações que podem afetar a generalização e a aplicação de seus resultados. É de notar que o presente estudo se baseia numa seleção limitada de estudos e fontes de pesquisa, o que pode resultar numa visão parcial das questões de comunicação com o doente crítico. A inclusão de uma gama mais ampla de estudos e dados poderia ter fornecido uma perspectiva mais abrangente. Considerada como uma limitação, é importante realçar que a presente revisão identifica que a comunicação inadequada é um desafio nos cuidados intensivos, mas não oferece uma análise detalhada das razões específicas por trás dessa inadequação. As razões subjacentes para a comunicação inadequada podem variar amplamente e podem incluir fatores como falta de treino, stresse, sobrecarga de trabalho e outros. Uma análise mais aprofundada dessas causas teria sido valiosa. Apesar de alguns estudos mencionarem barreiras físicas, como o uso de equipamento de proteção individual, mas não exploraram soluções práticas para superar essas barreiras. Oferecer orientações ou estratégias específicas para melhorar a comunicação em situações desafiadoras, como o uso de EPI, teria sido útil. Por fim, a revisão dedica uma parte significativa de seu conteúdo à pandemia de COVID-19, o que pode limitar a generalização dos resultados para contextos fora de uma pandemia. A comunicação nos cuidados intensivos enfrenta desafios adicionais durante uma pandemia, mas é importante separar esses desafios de questões mais amplas relacionadas à comunicação. Em estudos futuros, superar essas limitações é fundamental para desenvolver abordagens mais eficazes e compassivas de comunicação nos cuidados intensivos, melhorando assim a qualidade do atendimento prestado a pacientes críticos e suas famílias.

CONCLUSÕES DO ESTUDO

Em síntese, esta scoping review lança luz sobre a complexa dinâmica da comunicação nos cuidados intensivos, enfatizando sua importância vital na qualidade dos cuidados prestados aos pacientes críticos e suas famílias.

Identificamos barreiras significativas, desde inadequações na formação em comunicação até desafios práticos, como o uso de equipamento de proteção individual.

Além disso, destacamos a necessidade de uma abordagem mais empática e centrada no paciente e na comunicação, reconhecendo a importância de adaptar as estratégias de comunicação a situações imprevisíveis e complexas.

Para traduzir esses achados em prática, é crucial investir em programas de treino contínuo, promover a colaboração interdisciplinar, priorizar a comunicação pessoal, estimular a empatia e fornecer suporte emocional aos profissionais de saúde. Ao fazê-lo, podemos promover uma comunicação mais eficaz e compassiva nos cuidados intensivos, beneficiando tanto os pacientes quanto a equipa de atendimento, com implicações significativas na qualidade e humanização dos cuidados intensivos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, L. (2013). Liderança e criatividade nas organizações. In Varela, Lopes Dias & Lopes Costa (Eds.), *Excelência Organizacional*. (pp. 27-62). Bnomics
- Alves, A. I. A. (2011). Competências interpessoais em saúde: comunicar para a qualidade, com o utente e em equipa multidisciplinar. [Dissertação para obtenção de mestrado em Gestão da Saúde]. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa
- Antonacci, R., Fong, A., Sumbly, P., Yi, F. W., Maiden, L., Doucette, E., Gauthier, M., & Chevrier, A. (2018). They can hear the silence: Nursing practices on communication with patients. *Canadian Journal of Critical Care Nursing*, 29(4), 3-39.
- Apóstolo, J. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência*. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Back, A. L., Arnold, R. M., Baile, W. F., Tulskey, J. A., & Fryer-Edwards, K. (2005). Approaching Difficult Communication Tasks in Oncology. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 55(3), 164–177. <https://doi.org/10.3322/canjclin.55.3.164>
- Backes, D. S., Backes, M. S., Erdmann, A. L., & Büscher, A. (2012). O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: Da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 17(1). <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000100024>
- Bastos, M. A. R. (2002). O saber e a tecnologia: mitos de um centro de tratamento intensivo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(2), 131-136.
- Baumgarten, M., & Poulsen, I. (2015). Patients' experiences of being mechanically ventilated in an ICU: a qualitative metasynthesis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(2), 205–214. <https://doi.org/10.1111/scs.12177>
- Bechtel, C., & Ness, D. (2010). If you build it, will they come? Designing truly patientcentered health care. *Health Affairs*, 29, 914-920.
- Bell, S. K., Roche, S. D., Mueller, A., Dente, E., O'Reilly, K., Sarnoff Lee, B., ... Brown, S. M. (2018). Speaking up about care concerns in the ICU: patient and family experiences,

- attitudes and perceived barriers. *BMJ Quality & Safety*, 27, 928-936. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2017-007525>
- Bertone, T. B., Ribeiro, A. P. & Guimarães, J. (2007). Considerações sobre o relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente. *Revista Fafibe On Line*, 3
- Bishop, S. M. (2004). História e filosofia da ciência. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Teóricas de enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (p. 35-45). Lusociência.
- Bolander, V. B. (1998). *Sorensen e Luckman: Enfermagem fundamental - Abordagem Psicofisiológica*. Lusodidacta.
- Briggs, D. (2017). Improving communication with families in the intensive care unit. *Nursing Standard*, 32(2), 41-48. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10812>
- Burgio, L. D., Allen-Burge, R., Roth, D. L., Bourgeois, M. S., Dijkstra, K., Gerstle, J., Jackson, E., & Bankester, L. (2001). Come talk with me. *The Gerontologist*, 41(4), 449-460. <https://doi.org/10.1093/geront/41.4.449>
- Büyükcoban, S., Mermi Bal, Z., Oner, O., Kilicaslan, N., Gökmen, N., & Çiçeklioglu M. (2021). Needs of family members of patients admitted to a university hospital critical care unit, Izmir Turkey: comparison of nurse and family perceptions. *PeerJ* 9, e11125. <http://doi.org/10.7717/peerj.11125>
- Campos, R.G.D. (2005). Burnout: uma revisão integrativa na enfermagem oncológica. (Tese de doutoramento). Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.
- Cardoso, R. M. (2018). *Competências Clínicas de Comunicação*. Artes Gráficas, Lda
- Cook, D. J. (1997). Systematic reviews: Synthesis of best evidence for clinical decisions. *Annals of Internal Medicine*, 126(5), 376. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-126-5-199703010-00006>
- Cunha, M.P., Rego, A., Lopes, M.P. e Ceitil, M. (2013). *Organizações positivas – Manual de trabalho e formação*. Edições Sílabo.
- Dithole, K. S., Thupayagale-Tshweneagae, G., Akpor, O.A. & Moleki, M. M. (2017). Communication skills intervention: promoting effective communication between nurses

- and mechanically ventilated patients. *BioMed Central Nursing*, 16(74), 1-6.
<https://doi.org/0.1186/s12912-017-0268-5>
- Freixo, M. J. (2011). *Teorias e Modelos de Comunicação* (2ª Edição ed.). Instituto Piaget.
- Ghabeesh, S. H. A., Abu-Snieneh, H., Abu-Shahrer, L., Abu-Sneineh, F., & Alhawamdeh, M. (2014). Exploring the self-perceived needs for family members having adult critically ill loved person: Descriptive Study. *Health*, 06(21), 3005–3012.
<https://doi.org/10.4236/health.2014.621338>
- Gropp, M., Johnson, E., Bornman, J., & Koul, R. (2019) Nurses' perspectives about communication with patients in an intensive care setting using a communication board: A pilot study. *Health SA Gesondheid* 24(0), a1162.
<https://doi.org/10.4102/hsag.v24i0.1162>
- Halpern, J. (2013). From idealized clinical empathy to empathic communication in medical care. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 17(2), 301–311.
<https://doi.org/10.1007/s11019-013-9510-4>
- Happ, M.B., Garrett, K.L., Tate, J.A., DiVirgilio, D., Houze, M.P., Demirci, J.R., George, E., & Sereika, S.M. (2014). Effect of a multi-level intervention on nurse-patient communication in the intensive care unit: Results of the SPEACS trial. *Heart & Lung*, 43, 89-98. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2013.11.010>
- Hetland, B., McAndrew, N., Perazzo, J., & Hickman, R. (2018). A qualitative study of factors that influence active family involvement with patient care in the ICU: Survey of critical care nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, 44, 67–75.
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.08.008>
- Hernandez, I. R. (2011). Comunicación en salud: conceptos y modelos teoricos. *Perspectivas de la Comunicación*, 4(1), 123-140.
- Hojat, M., & LaNoue, M. (2014). Exploration and confirmation of the latent variable structure of the Jefferson scale of empathy. *International Journal of Medical Education*, 73-81.

- Holm, A. & Dreyer, P. (2017). Nurse-patient communication within the context of nonsedated mechanical ventilation: A hermeneutic phenomenological study. *British Association of Critical Care Nurses*, 23(2), 88-94. <https://doi.org/10.1111/nicc.12297>
- Honoré, B. (2004). *Cuidar: persistir em conjunto na existência*. Lusociência.
- Hoorn, S., Elbers, P., Girbes, A., & Tuinman, A. (2016). Communicating with conscious mechanically. *Critical Care*. <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1483-2>
- Hosley, J. & Molle, E. (2006). *A practical guide to therapeutic communication for health professionals*. Saunders Elsevier.
- International Council of Nurses. (2011). *CIPE® Versão 2 - Classificação Internacional Para A Prática de Enfermagem*. Lusodidacta.
- JBIC - Joanna Briggs Institute. (2015). The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015 Methodology for JBI Scoping Reviews. Australia: Joanna Briggs Institute
- Kehali, H., Berhane, Y., & Gize, A. (2020). A phenomenological study on the lived experiences of families of ICU patients, Addis Ababa, Ethiopia. *PLoS ONE*, 15(12), e0244073. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244073>
- Kennedy, N. R., Steinberg, A., Arnold, R. M., Doshi, A. A., White, D. B., DeLair, W., Nigra, K., & Elmer, J. (2021). Perspectives on telephone and video communication in the intensive care unit during COVID-19. *Annals of the American Thoracic Society*, 18(5), 838-847. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.202006-729OC>
- Kestenberg, C. C. (2013). A habilidade empática é socialmente aprendida: Um estudo experimental com graduandos de enfermagem. *Revista de Enfermagem UERJ*, 21(4), 427-433.
- Khatri Chhetri, I., & Thulung, B. (2018). Perception of nurses on needs of family members of patient admitted to critical care units of teaching hospital, Chitwan Nepal: A cross-sectional institutional based study. *Nursing Research and Practice*, 1-7. <https://doi.org/10.1155/2018/1369164>
- Kleier, J. (2013). Disarming the patient through therapeutic communication. *Urologic Nursing*, 33(3), p. 110-133.

- Khoshnodi, Z., Masouleh, S. R., & Seyed Fazelpour, S. F. (2017). The Importance of fulfillment of family needs at critical care units. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*, 27, 67–73. <https://doi.org/10.18869/acadpub.hnmj.27.3.67>
- Littlejohn, S. W. (1988). *Theories of Human Communication*. Wadsworth Publishing Company
- McAndrew, N. S., McAndrew, N., Schiffman, R., & Leske, J. (2020) A theoretical lens through which to view the facilitators and disruptors of nurse-promoted engagement with families in the ICU. *Journal of Family Nursing*, 26(3), 190–212. <https://doi.org/10.1177/1074840720936736>
- McCormack, L., Treiman, K., Rupert, D., Williams-Piehota, P., Nadler, E., Arora, N., Lawrence, W., & Street, R. (2011). Measuring patient-centered communication in cancer care: A literature review and the development of a systematic approach. *Social Science & Medicine*, 72, 1085-1095.
- Meleis, A.I. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company
- Monteiro, A. C., Caetano, J., Marques, H., Lourenço, J. (2008). *Fundamentos de comunicação*. Edições Sílabo.
- Nóbrega, J. (2012). *Ética No Exercício Médico-Legal*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Oliveira, T. R., & Simões, S. M. (2013). A comunicação enfermeira cliente no cuidado em unidade de pronto atendimento 24h (upa 24h): uma interpretação em Travelbee. *Enfermeria Global*, 30, 91-105.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hrobjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., Stewart, L. A., Thomas, J. ... Moher, D. (2021). The

- PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, 71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Peplau, H (1991) *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. Springer Publishing Company.
- Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBI Manual for Evidence Synthesis*, JBI, 2020.
- Ramos, N. (2012). Cuidados de saúde e comunicação na sociedade multicultural: discutindo interculturalidade(s), práticas e políticas em saúde. *Revista Interlegere*, 30-51.
- Riess, H., Kelley, J. M., Bailey, R. W., Dunn, E. J., & Phillips, M. (2012). Empathy training for resident physicians: A randomized controlled trial of a neuroscience-informed curriculum. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), 1280–1286. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2063-z>
- Reifarth, E., Böll, B., Kochanek, M., & Borrega, J. G. (2023). Communication strategies for effective family-clinician conversations in the intensive care unit: A mixed methods study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 79, 103497. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103497>
- Riley, J. B. (2004). *Comunicação em Enfermagem*. 4ª Edição. Lusociência.
- Roper, N., Logan, W. & Tierney, A. J. (2001). *O modelo de enfermagem: Roper Logen-Tierney*. Climepsi, Editores.
- Sakata, R. K. (2010). Analgesia e sedação em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 60(6), 653–658.
- Ensuring relational competency in critical care: Importance of nursing students' communication skills,
Intensive and Critical Care Nursing,
Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lidel.

- Silva, A. & Lage, M. (2010). *Enfermagem em cuidados intensivos*. Formasau.
- Singer, T., & Klimecki, O. M. (2014). Empathy and compassion. *Current Biology*, 24(18), R875-R8.
- Vaz, M., D'Silva, C., Krishna, B., et al. (2023). Understanding the Challenges of Intensive Care Staff in Communicating With Patients and Patients' Families During the COVID-19 Crisis: A Qualitative Exploration. *Cureus* 15(6): e40961. <https://doi.org/10.7759/cureus.40961>
- Volles, C. C., Bussoletto, G. M., & Rodacoski, G. (2012). A conspiracy of silence in the hospital environment: when the talk is not noise. *Revista da SBPH*, 15(1), 212–231.
- Turnbull, A., Chessare, M., Coffin, K., & Needham, M. (2017) A brief intervention for preparing ICU families to be proxies: A phase I study. *PLoS ONE*, 12(10), e0185483. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185483>
- Yoo, H. J., Lim, O. B., & Shim, J. L. (2020). Critical care nurses' communication experiences with patients and families in an intensive care unit: A qualitative study. *PLoS One*, 15(7), e0235694. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235694>
- Zanelatto, D. M., & Pai, D. D. (2010). Práticas de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9(2), 358-365.
- Zinn, G. R., Silva, M. J. P., & Telles, S. C. R. (2003). Comunicar-se com o paciente sedado: vivência de quem cuida. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(3), 326–332.

ANEXOS

Anexo I - Comprovativo de submissão do artigo de investigação

Revista de Enfermagem Referência Tarefas 0 Português Ver Site angelico

Referência

Submissões

Submissões

Minha Fila 1 Arquivos Ajuda

Minhas Designações

Pesquisar Nova Submissão

33832	Angélico Estratégias e dificuldades de comunicação do enfermeiro com o doente crítico e família: scoping review	Submissão	▼
-------	---	-----------	---

Platform & workflow by
OJS / PKP