

Millenium, 2(Edição Especial Nº14)

pt

COMUNICAÇÃO COM O DOENTE CRÍTICO NO SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA
COMMUNICATION WITH THE CRITICAL PATIENT IN THE CRITICAL CARE UNIT
COMUNICACIÓN COM EL PACIENTE CRÍTICO EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Ana Cabral¹

Diana Silva¹

Mónica Silva¹  <https://orcid.org/0000-0002-2702-3363>

¹Centro Hospitalar de Leiria, Leiria, Portugal

Ana Cabral - anaabreu@hotmail.com | Diana Silva – diana3_ss@hotmail.com | Mónica Silva - silva.monicsantos@gmail.com



Autor Correspondente:

Mónica Silva

Rua do Vale nº 84, Alcaidaria

2415-011 – Leiria - Portugal

silva.monicsantos@gmail.com

RECEBIDO: 07 de setembro de 2023

REVISTO: 15 de novembro de 2023

ACEITE: 29 de dezembro de 2023

PUBLICADO: 16 de fevereiro de 2024

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0214e.32763>

RESUMO

Introdução: A comunicação é a base da interação humana sendo uma ferramenta essencial em qualquer instituição. Os profissionais de saúde que prestam cuidados em Serviços de Medicina Intensiva (SMI) deparam-se com dificuldades na comunicação com o doente crítico sendo essencial a adaptação de estratégias facilitadoras do processo comunicativo, tal como a Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA).

Objetivo: Avaliar os conhecimentos dos profissionais de saúde sobre comunicação com o doente crítico e identificar as barreiras e os facilitadores comunicativos.

Métodos: Elaborada uma revisão da literatura científica e desenvolveu-se e aplicou-se um questionário sobre “Comunicação com o Doente Crítico” a uma amostra constituída por 46 profissionais de saúde do SMI.

Resultados: Constatou-se que 89% considera a comunicação uma ferramenta chave na prestação de cuidados, 63% desconhece a CAA, 91% sentem dificuldade em compreender o que o doente transmite e 52% sentem-se frustrados por não conseguir estabelecer uma comunicação bidirecional. As principais barreiras à comunicação referidas foram a falta de formação sobre técnicas comunicacionais, a inexistência de recursos materiais e o estado de consciência do doente.

Conclusão: Os profissionais de saúde apresentam lacunas no conhecimento sobre comunicação com o doente crítico, contudo segundo a literatura a adoção de ferramentas e estratégias de CAA e ações de formação confirmam-se como uma estratégia de aprendizagem importante na transmissão de conhecimentos.

Palavras-chave: comunicação aumentativa e alternativa; comunicação; unidade de cuidados intensivos

ABSTRACT

Introduction: Communication is the basis of human interaction and, therefore, an essential tool in any institution. Health professionals who provide care in Intensive Medicine Services (ICU) sometimes struggle to communicate with critically ill patients, making it essential to adopt strategies that facilitate the process of communication, such as Augmentative and Alternative Communication (AAC).

Objective: Evaluate the knowledge of health professionals about communication with the critically ill while identifying barriers and communication facilitators.

Methods: A review of the scientific literature was carried out, and a questionnaire on “Communication with the Critically Ill” was developed and then applied to a sample of 46 health professionals from the ICU.

Results: 89% of the sample professionals consider communication a primary resource in providing care, 63% are unaware of the AAC, 91% struggle with understanding what the patient transmits, and 52% feel frustrated for being unable to establish bidirectional communication. The main barriers to communication mentioned were the lack of training in communication techniques, the lack of material resources, and the patient's state of consciousness.

Conclusion: Health professionals have knowledge gaps when communicating with the critically ill; however, according to the literature, the adoption of AAC tools and strategies, as well as training actions, have been confirmed as an important learning strategy in the transmission of knowledge.

Keywords: augmentative and alternative communication; communication; intensive care unit

RESUMEN

Introducción: La comunicación es la base de la interacción humana, y por consiguiente una herramienta fundamental en cualquier institución. Los profesionales de la salud que proporcionan cuidado en los Servicios de Medicina Intensiva (UCI) a veces tienen dificultades para comunicarse con los pacientes críticos, por lo que es fundamental adaptar estrategias que faciliten el proceso de comunicación, como la Comunicación Aumentativa y Alternativa (CAA).

Objetivo: Evaluar el conocimiento de los profesionales sanitarios sobre la comunicación con el enfermo crítico, identificando las barreras y los facilitadores de la comunicación.

Métodos: Se realizó una revisión de la literatura científica y se elaboró un cuestionario sobre “Comunicación con el Enfermo Crítico”, que luego se aplicó a una muestra de 46 profesionales de la salud de la UCI.

Resultados: 89% de los profesionales de la muestra consideran la comunicación un recurso primario en la prestación de cuidados, 63% desconocen la CAA, 91% tienen dificultad para entender lo que transmite el paciente y 52% se sienten frustrados por no poder establecer una comunicación bidireccional. Las principales barreras a la comunicación mencionadas fueron la falta de formación en técnicas de comunicación, la falta de recursos materiales y el estado de conciencia del paciente.

Conclusión: Los profesionales de la salud tienen lagunas de conocimiento al comunicarse con los enfermos críticos, sin embargo, según la literatura, la adopción de herramientas y estrategias de CAA, así como acciones de capacitación, se han confirmado como una importante estrategia de aprendizaje en la transmisión de conocimientos.

Palabras clave: comunicación aumentativa y alternativa; comunicación; unidad de cuidados intensivos

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0214e.32763>

INTRODUÇÃO

Os doentes internados no SMI são submetidos à padronização e despersonalização, quer por serem afastados dos seus pertences pessoais que significam para si um suporte da sua identidade individual, quer por a finalidade primordial ser a satisfação das suas necessidades biológicas devido à sua situação de doença (Laerkner et al., 2017).

Neste contexto de doença podem estar sujeitos a práticas sedoanalgésicas, imobilizações mecânicas e/ou necessitar de ventilação mecânica invasiva, através de entubação endotraqueal ou traqueotomia, ou não invasiva, através de máscaras nasais ou faciais (Pina et al., 2020) que vão alterar o funcionamento do aparelho fonador, ou comprometer de forma moderada a grave a inteligibilidade do discurso (Pinto, 2022), e/ou alterar o seu nível de consciência e a sua função neuromuscular, restringindo ainda mais as formas de comunicar, como é o caso da escrita e da comunicação não verbal (Gomes, 2020). Este evento ocorre na pior fase da vida do doente crítico, tornando-o frágil e faz com que os seus desejos, sentimentos, vontades e necessidades sejam protelados (Mortensen et al., 2019).

A perda da fala, poderá levar a consequências graves, tais como sentimentos negativos, tanto no doente como em quem tenta comunicar com ele (Hoorn et al., 2016). Como consequências negativas para os doentes destacam-se o *stress*, o medo, a raiva, a ansiedade, frustração sentimentos de desesperança e solidão (Haap et al., 2015a; Pina et al., 2020). Os doentes referem o compromisso da comunicação como um dos eventos mais stressantes, desumanos e frustrantes durante o internamento (Istanboulian et al., 2019). Na perspetiva dos profissionais de saúde, a incapacidade para comunicar está associada a sentimentos de impotência, frustração e insatisfação nos cuidados prestados (Pina et al., 2020).

Os autores Hoorn et al. (2016) e Istanboulian et al. (2019) relatam que existem várias ferramentas de comunicação modernas disponíveis para os profissionais de saúde comunicarem eficazmente com o doente crítico, no entanto essas ferramentas de comunicação não são usadas frequentemente e corretamente pelos profissionais.

Neste sentido foi desenvolvido um estudo sobre “Comunicação com o Doente Crítico” em que foi realizada uma pesquisa bibliográfica e aplicado um questionário à equipa multidisciplinar do SMI de um hospital do Serviço Nacional de Saúde, em que se avaliou a pertinência do tema da comunicação com o doente crítico; identificaram-se as barreiras e os facilitadores comunicativos e quais os conhecimentos dos profissionais acerca desta temática.

1. A COMUNICAÇÃO COM O DOENTE CRÍTICO

O doente crítico requer cuidados intensivos devido à sua instabilidade, vulnerabilidade e complexidade causada pelo seu estado de doença, e possui um elevado risco de ter outras complicações, incluindo o risco de morte. O processo de doença e as técnicas de tratamento, tais como, a entubação orotraqueal e medicação sedo analgésica, vai privar o doente crítico de falar e de comunicar as suas necessidades, preocupações e sintomas com os profissionais de saúde, e vai induzir ao desenvolvimento de reações emocionais graves (Al-Yahyai et al., 2021; Hoorn et al., 2016; Nyhagen et al., 2023). Essas reações também podem ser induzidas pelo ambiente do SMI, por o doente se ver rodeado de profissionais, estímulos ruidosos e sensoriais em excesso, equipamentos e materiais que lhes são desconhecidos, sem que na maior parte das vezes, tenham capacidade de questionar, expressar ou esclarecer qualquer dúvida (Correia, 2022).

A comunicação é a capacidade de gerar, emitir, receber e perceber mensagens, interagir com outros indivíduos face a face ou à distância, num contexto social particular. Usualmente, o ser humano utiliza a fala para comunicar, no entanto, a comunicação é multimodal, porque a mensagem emitida não depende apenas da linguagem usada, mas também, entre outros, da entoação dada, do contexto e da expressão corporal, no caso de comunicação presencial (Encarnação et al., 2015).

A comunicação com os doentes é um ponto essencial para se conseguir melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde. É altamente desafiador compreender o doente crítico que se encontra totalmente incapacitado para comunicar verbalmente (Hoorn et al., 2016; Gomes, 2020). A comunicação tem assumido um papel primordial como um instrumento terapêutico, dado que a relação terapêutica só é possível através da comunicação, tornando estes dois conceitos inseparáveis (Pinho, 2020).

Os doentes levemente sedados demonstraram querer comunicar, independentemente da sua situação crítica, das suas fragilidades físicas, da sua dependência de terapêutica e das tecnologias (Noguchi et al., 2019), logo tem que se contribuir para uma maior probabilidade do doente comunicar e interagir com o meio envolvente, sendo um fator importante para a melhoria da prestação de cuidados e para a sua própria recuperação e reabilitação, evitando o isolamento, a confusão e as complicações associadas à perda da capacidade de falar (Handberg & Voss, 2018).

Os temas principais de comunicação em contexto hospitalar mencionados pelos doentes são: dor, conforto (calor/frio, posição, etc.), fome/sede, higiene e ansiedade. Mas, para além das necessidades básicas, os doentes querem também comunicar sobre o seu estado de saúde, quando terão alta médica, fazer parte integrante do processo de tomada de decisão (Encarnação et al., 2015) e de saber informações sobre o seu contexto familiar, social e profissional (Nyhagen et al., 2023).

Os profissionais de saúde, reconhecem a comunicação como uma aptidão de extrema importância, mas a impossibilidade de comunicar através da fala, concomitantemente com as dificuldades de interpretar sinais atípicos produzidos pelos doentes faz com que estes sintam dificuldade em comunicar, aumentando os seus níveis de stress e os sentimentos de incompetência,

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0214e.32763>

frustração, culpa, insatisfação e desespero. Esta panóplia de sentimentos induz ao abandono da tentativa de comunicação, fazendo com que o profissional só se foque na parte física e técnica da interação com o mesmo (Correia, 2022; Gomes, 2020). Nyhagen et al. (2023) reforçam que por vezes os profissionais e doentes têm percepções diferentes da mesma situação, enquanto os profissionais estão preocupados com questões técnicas os doentes podem ter outras preocupações, pelo que é essencial um conhecimento abrangente do doente a nível familiar e socioprofissional.

A literatura realça o impacto negativo que as experiências comunicativas tiveram nas pessoas internadas em estado crítico e incapacitadas de se expressarem verbalmente. Existem estudos que relatam a importância que as próprias pessoas internadas no SMI dão à capacidade de comunicar, permitindo-lhes uma maior participação e acompanhamento de todo o processo clínico e uma maior interação com a família, amigos e cuidadores. Pessoas submetidas a ventilação mecânica, referiram dificuldades moderadas a graves em comunicar sem serem capazes de falar, concedendo atributos negativos à experiência de tentativas malsucedidas para comunicar, descrevendo-a como perturbadora, frustrante e assustadora (Pina et al., 2020).

As dificuldades comunicativas refletem-se assim no aumento de *stress*, sintomas depressivos, solidão, ressentimentos, medos e inseguranças, vulnerabilidade, agonia/pânico, agitação, raiva, *delirium* e até mesmo violência (Pinto, 2022).

Uma vez reconhecido o impacto que as dificuldades comunicativas acarretam no doente crítico, os profissionais de saúde têm demonstrado maior consciencialização e sensibilização para lidar com a pessoa que apresenta restrições nas suas competências comunicativas, implementando estratégias para facilitar a comunicação (Pinto, 2022).

A CAA é um conjunto de ferramentas e estratégias para ultrapassar as barreiras à comunicação que pode ser implementado de duas formas: através de sistemas sem ajuda, ou seja, por meio da utilização de símbolos sem recorrer a nenhum dispositivo (ex. discurso, gestos, linguagem gestual) ou sistemas com ajuda, com recurso a dispositivos de baixa tecnologia (ex. imagens, fotografias, desenhos, pictogramas, quadros e tabelas comunicacionais) e/ou de alta tecnologia (dispositivos eletrónicos geradores de fala, interfaces especializados em comunicação por computador entre outros) (Istanboulian et al., 2019; Lloyd et al., 2018). O software de alta tecnologia de CAA pode ser instalado num tablet ou pode ser através de um sistema específico de saída de voz (Lloyd et al., 2018).

Como ferramentas/estratégias facilitadoras da comunicação, os profissionais usam usualmente: quadros de comunicação (alfabeto, figuras), escrita (através de papel e caneta), listas de atividades/perguntas (com frases pré-estabelecidas), gestos (Gomes, 2020).

Com o recurso a estratégias de comunicação como a CAA os doentes são capazes de expressar as suas necessidades, os seus pensamentos e sentimentos, sendo que de uma forma geral, a comunicação consiste em menos interpretações erradas, otimizando o tempo que os profissionais despendem nesta atividade (Gomes, 2020). A comunicação eficaz aumenta os níveis de satisfação, diminui a ansiedade ao permitir aos doentes transmitir as suas preocupações aos profissionais (Al-Yahyai et al., 2021).

A dificuldade em realizar mudanças e formar as equipas, a grande rotatividade da equipa, a falta de incentivos aos profissionais o que conduz a desmotivação dos mesmos, a elevada carga de trabalho que não permite aos profissionais terem tempo para a realização de mais formações, assim como projetos de melhoria, são também aspetos referidos por alguns autores como causas do problema da falta de comunicação com o doente crítico (Pinho, 2020). A reduzida adequação e ajuste das práticas à individualidade de cada doente, induz a que o processo comunicativo continue a ocorrer com dificuldades marcadas, exigindo um esforço significativo do doente, quer a nível motor, quer a nível emocional (Pinto, 2022).

Dados afirmam que educar e formar uma equipa de profissionais de saúde de forma a utilizar a CAA, permite diminuir os tempos de internamento dos doentes críticos e as suas morbilidades (Handberg & Voss, 2018).

2. MÉTODOS

Após a consulta da evidência da literatura sobre os benefícios da comunicação com o doente crítico, como ponto de partida para o presente estudo, definiu-se avaliar os conhecimentos dos profissionais de saúde na comunicação com o doente crítico. Para a sua concretização delineou-se a seguinte questão de investigação: Quais os conhecimentos dos profissionais do SMI sobre comunicação com o doente crítico?

Como questão de investigação secundária definiu-se: Quais as necessidades de formação dos profissionais de saúde do SMI sobre comunicação com o doente crítico?

Os objetivos do presente estudo são avaliar os conhecimentos dos profissionais de saúde sobre comunicação com o doente crítico no contexto do SMI e identificar as barreiras e os facilitadores comunicativos com o doente crítico.

2.1 Amostra

A população alvo deste estudo será constituída por todos os profissionais de saúde que exercem funções no SMI, que concordem em participar voluntariamente neste estudo através do preenchimento do consentimento informado.

Como critério de exclusão definiu-se os profissionais que não exercem funções no SMI e as investigadoras do estudo, dado que integram a equipa em questão. Assim a presente amostra será não probabilística/intencional composta pelos participantes que acederem em colaborar no estudo.

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0214e.32763>

2.2 Instrumentos e Procedimentos de Colheita de Dados

Para proceder à investigação, optou-se pela realização de um estudo exploratório. O desenho de investigação pode caracterizar-se como transversal. Foi utilizado um instrumento composto por duas partes: caracterização sociodemográfica, académica e profissional dos profissionais de saúde que exercem funções no SMI e questões sobre comunicação com o doente.

Para a realização do estudo foram obtidos os pareceres positivos por parte da Comissão de Ética e do Conselho de Administração do hospital onde se realizou o estudo.

O acesso ao questionário foi obtido via email institucional para todos os profissionais de saúde que prestam cuidados no SMI. Ao acederem ao questionário os profissionais foram informados que a sua participação era voluntária e que todas as informações obtidas através do questionário eram anónimas e confidenciais e sendo apenas utilizadas para fins de investigação, estando em todos os momentos assegurada a sua privacidade.

2.3 Análise Estatística

De forma a atingir os objetivos inicialmente delineados, são apresentados e analisados os resultados do estudo.

Na primeira fase, como referido anteriormente, o acesso ao questionário, foi obtido, via e-mail institucional, para 64 profissionais de saúde que desempenham funções no SMI do hospital e obtiveram-se 46 respostas, ou seja 72% da população, que constitui a amostra do nosso estudo.

Para o tratamento dos dados obtidos, foi realizada a análise estatística quantitativa, com a utilização do sistema *Microsoft Excel*.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo são apresentados os dados colhidos e é realizada a sua respetiva discussão com base na evidência científica disponível.

A primeira parte do questionário é referente à caracterização sociodemográfica, académica e profissional da amostra.

A idade dos profissionais de saúde incluídos na amostra deste estudo é compreendida entre os 25 e os 66 anos, com uma idade média de 42,1 anos, podemos constatar que a amostra possui idades muito jovens, e é constituída por 78% profissionais do sexo feminino.

Referente à categoria profissional 65% são enfermeiros, 20% médicos, 13% assistentes operacionais e 2% fisioterapeutas, tendo 46% licenciatura, 43% mestrado e 11% o ensino secundário.

67% dos profissionais têm uma experiência profissional superior a 10 anos (Gráfico 1) no entanto 52% exerce funções no SMI há menos de 10 anos (Gráfico 2). Podemos concluir, que para além de ser uma equipa jovem possui tempo de experiência profissional, contudo 37% está há menos de 4 anos no SMI.

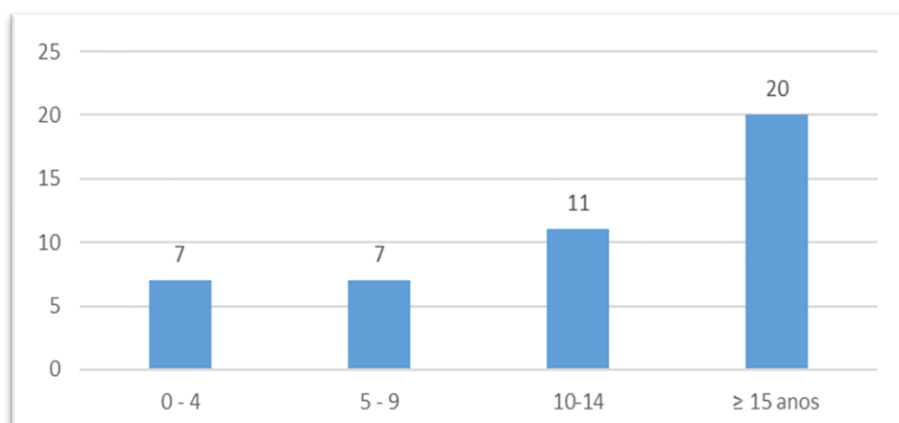


Gráfico 1 - Experiência Profissional

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0214e.32763>

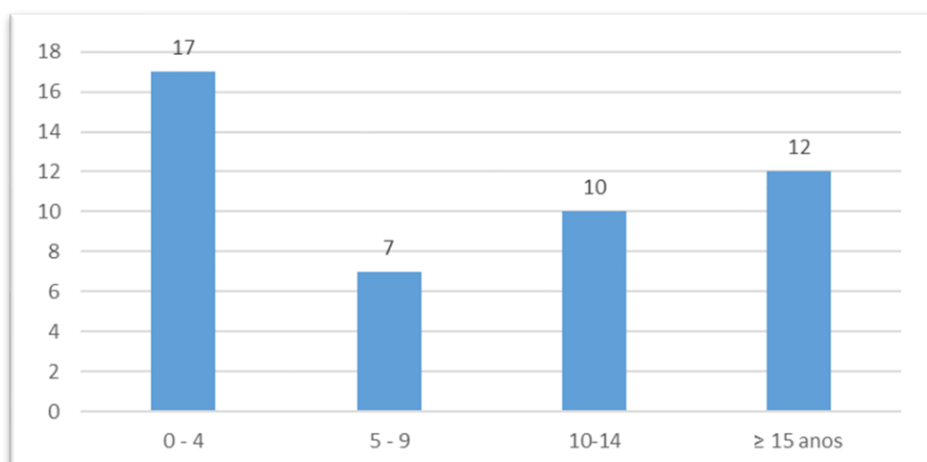


Gráfico 2 - Experiência profissional no SMI

A segunda parte do questionário refere-se à compreensão da pertinência da temática em estudo.

De forma a avaliar a perceção da equipa de multidisciplinar sobre a importância da comunicação com o doente crítico colocou-se a seguinte questão “Na sua opinião, a comunicação é uma ferramenta chave na prestação de cuidados à pessoa no contexto da Medicina Intensiva?”, 89% manifestaram que é importante, o que vai de encontro a um estudo realizado por Yoo et al. (2020) em que os participantes referiram que a comunicação apesar de ser desafiadora é fundamental para a segurança e qualidade nos cuidados prestados ao doente crítico, tal como é defendido desde 2010 pela *Joint Commission*. Nessa data, a mesma, alterou os seus padrões de acreditação emitindo normas, nas quais se prevê o respeito e garantia dos direitos das pessoas, para incluir que os hospitais acreditados forneçam instrumentos de CAA aos seus doentes com necessidades complexas de comunicação em contexto hospitalar (Lloyd et al., 2018; Encarnação et al., 2015). Essas normas incluem a obrigatoriedade da existência de pessoal treinado em sensibilidade cultural e no uso de ferramentas de comunicação:

- a identificação das necessidades de comunicação dos doentes;
- a satisfação das necessidades de comunicação em todo o processo de prestação de cuidados de saúde;
- e a disponibilização de serviços de tradução e meios.

Os serviços de Medicina Intensiva são assim inculcados a providenciar aos seus doentes meios alternativos de comunicação para que estes consigam comunicar quando não conseguem fazê-lo através da fala (Encarnação et al., 2015).

A totalidade da amostra considera pertinente a atualização de conhecimentos na área da comunicação, tal como é defendido por vários autores que dizem ser imprescindível a realização de programas de formação e treino de competências comunicacionais para os profissionais de saúde (Dithole et al., 2017).

Apenas 37% da amostra conhecia a terminologia de CAA, a evidência científica revela que a falta de conhecimento sobre a CAA é transversal a outros países (Al-Yahyai et al., 2021).

A terceira parte do questionário é relativa à “Comunicação com o Doente Crítico”.

Na questão 1, 91,7% referiram sentir “dificuldade na compreensão da mensagem do doente crítico”, contudo 95,6% “Procura compreender sempre o que o doente crítico pretende” e 71,7% afirma não ignorar o doente quando este “quer comunicar e não o compreende”, 52,1% mencionam que “Sente-se frustrado quando tenta comunicar com o doente crítico”, pelo que 97,8% evidencia a pertinência do “uso de instrumentos/técnicas facilitadores da comunicação com o doente crítico”.

A frustração surge como o sentimento mais predominante nos profissionais de saúde, pois a incapacidade de conseguir compreender o doente, aliado à vontade de lhe fazer o melhor, geram um misto de emoções difíceis de lidar e insegurança na prestação de cuidados (Handberg & Voss, 2018; Holm & Dreyer, 2018; Mortensen et al., 2019). Para além da frustração também são indicados sentimentos de incompetência, insatisfação, culpa, stress e desespero (Handberg & Voss, 2018; Happ et al., 2015a; Holm & Dreyer, 2018; Mortensen et al., 2019; Noguchi et al., 2019). Os mesmos autores reforçam que o contexto de prestação de cuidados ao doente crítico constitui um desafio para profissionais e doentes, pois muitas vezes leva a mal-entendidos, más interpretações e, na pior das hipóteses, desinteresse pela comunicação fazendo com que o profissional abandone a tentativa de comunicação e só se foque na parte física e técnica da interação com o mesmo.

Handberg e Voss (2018) referem que um maior conhecimento e utilização da CAA por parte dos profissionais torna-os mais competentes a diminuir os seus níveis de frustração ao comunicarem com o doente crítico.

Na questão “Conhece algumas técnicas para facilitar a comunicação entre si e o doente crítico”, 83% responderam afirmativamente, entre as estratégias referiram incentivar à escrita (fornecer papel e caneta ou quadro branco e marcador) (50%), abecedário (23%), álbum de imagens (13%) e tabela de frases (6%). Tal como no estudo de Noguchi et al. (2019), os profissionais de saúde já utilizavam

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0214e.32763>

algumas ferramentas e estratégias da CAA sem terem essa consciencialização. Nos estudos analisados os métodos de comunicação que os profissionais referiram utilizar foram: quadros de alfabeto, quadros de figuras, escrita, gestos, apontar e auxílio na comunicação através de familiares (Happ et al., 2015b; Karlsen et al., 2018; Leung et al., 2018).

Os profissionais de saúde quando questionados sobre os “Quais os aspetos que privilegia na comunicação com o doente impossibilitado de comunicar verbalmente?”, fazem referência aos gestos/expressões gestuais (25%), expressões faciais (19%), olhar (17%), toque (17%), sorriso (12%), postura (7%), e o silêncio (2%), o que vai de encontro aos estudos realizados por Al-Yahyai et al. (2021) e Handberg e Voss (2018) que mencionam que os profissionais usam preferencialmente a comunicação através do sim ou não com gestos/expressões gestuais, o aperto de mão ou o piscar de olhos.

As “principais barreiras à comunicação” mencionadas são estado de consciência/ansiedade/ agitação do doente crítico (29%), a inexistência de recursos materiais para melhorar a comunicação (20%), a falta de formação sobre comunicação/técnica de comunicação (17%), a sobrecarga de trabalho (16%), ruído (9%), a falta de experiência (7%) e o espaço físico (1%). Nenhum profissional considerou a Relação Profissional-Doente como uma barreira ou obstáculo à comunicação. Neste último item, denota-se que não existe a compreensão do que é uma relação Profissional-Doente, pois esta só é possível se houver uma comunicação efetiva, de confiança, bem como uma interação comunicativa intencional com o doente, de modo a ajudá-lo a encarar os seus problemas (Sequeira, 2016). A falta de formação e experiência dos profissionais de saúde sobre estratégias de comunicação com o doente, torna-se um obstáculo à capacidade dos doentes para comunicarem e interagirem (Handberg & Voss, 2018). A sobrecarga de trabalho como uma barreira à comunicação também foi mencionada por Noguchi et al. (2019), os profissionais priorizavam outras atividades que consideravam essenciais à manutenção da vida.

Na questão “Quais as principais dificuldades que sente aquando da comunicação com os doentes com alterações na comunicação?” a mais aludida foi com 31% “Compreender o doente que comunica através de gestos, sinais ou movimentos dos lábios (comunicação não verbal)” (31%), 28% “Compreender a comunicação do doente, quando este não se expressa oralmente de forma clara”, 27% “Dúvida acerca da perceção do doente sobre a mensagem recebida”, 13% “Expressar-se através da comunicação não verbal” e apenas 1% a “Escassa relação de confiança entre profissional e doente”. Nyhagen et al. (2023) também concluíram que os profissionais e os doentes têm dificuldade em chegar a um acordo mútuo na interpretação dos sinais e gestos,

Yoo et al. (2020) reiteram que quando a comunicação não é eficaz e a mensagem não é transmitida adequadamente, alguns doentes respondem de forma agressiva, dificultando o tratamento e a ventilação mecânica, prolongando o tempo de internamento.

Um estudo que observou a interação entre profissionais de saúde e doentes críticos ventilados revelou que a partir do momento em que os profissionais começaram a utilizar a CAA com o doente, conseguiram entendê-lo e responder adequadamente às suas necessidades atempadamente. Esta mudança fez com que os sentimentos negativos associados à comunicação diminuíssem quer para os profissionais de saúde quer para os doentes, e que os níveis de satisfação dos doentes aumentassem (Noguchi et al., 2019).

CONCLUSÃO

A comunicação é um direito de todas as pessoas, mesmo daquelas que sofrem de disfunções da fala. A comunicação ineficaz induz que o tratamento, recuperação e reabilitação dos doentes não seja adaptado às suas necessidades, logo torna-se pertinente implementar as ferramentas e as estratégias da CAA. A sua implementação e uniformização de forma consistente no SMI aumenta a segurança e a qualidade dos cuidados prestados e faz com que os doentes se sintam mais confiantes e colaborantes, ultrapassando as barreiras existentes à comunicação.

Os profissionais de saúde apresentam lacunas no conhecimento sobre comunicação com o doente crítico, contudo segundo a literatura as ações de formação sobre CAA confirmam-se como uma estratégia de aprendizagem importante na transmissão de conhecimentos, o que poderá contribuir para a redução das lacunas no conhecimento. A aquisição de tabelas de comunicação, quadros de escrita, aplicações de CAA para os tablets, apresentam-se também como recursos fundamentais para fomentar a comunicação com o doente Crítico. No futuro, deverão ser realizadas ações de formação e implementado um protocolo de comunicação com o doente crítico.

Posto isto, o desenvolvimento de competências comunicacionais deve ser uma prioridade por parte dos profissionais de saúde, pois é na comunicação que se encontra o cerne do cuidar humanizado.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Conceptualização, A.C., D.S. e M.S.; tratamento de dados, A.C., D.S. e M.S.; análise formal A.C., D.S. e M.S.; investigação, A.C., D.S. e M.S.; metodologia A.C., D.S. e M.S.; administração do projeto, A.C., D.S. e M.S.; recursos, A.C., D.S. e M.S.; programas, A.C., D.S. e M.S.; supervisão, A.C., D.S. e M.S.; validação, A.C., D.S. e M.S.; visualização, A.C., D.S. e M.S.; redação – preparação do rascunho original, A.C., D.S. e M.S.; redação - revisão e edição, M.S.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não existir conflitos de interesses.

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0214e.32763>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Al-Yahyai, A. N. S., Arulappan, J., Matua, G. A., Al-Ghafri, S. M., Al-Sarakhi, S. H., Al-Rahbi, K. K. S., & Jayapal, S. K. (2021). Communicating to Non-Speaking Critically Ill Patients: Augmentative and Alternative Communication Technique as an Essential Strategy. *SAGE open nursing*, 7, 23779608211015234. <https://doi.org/10.1177/23779608211015234>
- Correia, M. (2022). *Estudo de categorias e vocábulos para sistemas de comunicação aumentativa e alternativa em cuidados intensivos pediátricos* [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro. <https://ria.ua.pt/handle/10773/34845>
- Dithole, K. S., Thupayagale-Tshweneagae, G., Akpor, O. A., & Moleki, M. M. (2017). Communication skills intervention: Promoting effective communication between nurses and mechanically ventilated patients. *BMC Nursing*, 16(1), 74. <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0268-5>
- Encarnação, Azevedo & Londral (2015). *Tecnologias de apoio para pessoas com deficiência*. Fundação para a Ciência e Tecnologia, Ministério da Educação e Ciência. https://www.acessibilidade.gov.pt/livros/tapd/html/8_tecnologias_apoio_comunicacao.html
- Gomes, B. (2020). *Comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos* [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Portalegre. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/33195>
- Handberg, C. & Voss, A. (2018). Implementing Augmentative and Alternative Communication in Critical Care Settings: Perspectives of Healthcare Professionals. *Journal of Clinical Nursing*, 1-2(25), 102-114. <https://doi.org/10.1111/jocn.13851>
- Happ, M., Seaman, J., Nilsen, M., Sciulli, A., Tate, J., Saul, M. & Barnato, A. (2015a). The number of mechanically ventilated ICU patients meeting communication criteria. *Heart & Lung*, 1(44), 45-49. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2014.08.010>
- Happ, M., Sereika, S., Houze, M., Seaman, J., Tate, J., Nilsen, M., ... Barnato, A. (2015b). Quality of care and resource use among mechanically ventilated patients before and after an intervention to assist nurse-nonvocal patient communication. *Heart & Lung*, 5(44), 408-415. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2015.07.001>
- Holm, A. & Dreyer, P. (2018). Nurse-patient communication within the context of nonsedated mechanical ventilation: A hermeneutic-phenomenological study. *Nursing in Critical Care*, 2(23), 88-94. <https://doi.org/10.1111/nicc.12297>
- Hoorn, S., Elbers, P., Girbes, A., & Tuinman, A. (2016). Communicating with conscious and mechanically ventilated critically ill patients: a systematic review. *Crit Care* 20, 333. <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1483-2>
- Istanboulian, L., Rose, L., Yunusova, Y., Gorospe, F., & Dale, C. (2019). Barriers to and facilitators for use of augmentative and alternative communication and voice restorative devices in the adult intensive care unit: a scoping review protocol. *Systematic reviews*, 8(1), 311. <https://doi.org/10.1186/s13643-019-1232-0>
- Karlsen, M., Heggdal, K., Finset, A. & Heyn, L. (2018). Attention-seeking actions by patients on mechanical ventilation in intensive care units: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 1-2(28), 66-79. <https://doi.org/10.1111/jocn.14633>
- Laerkner, E., Egerod, I., Olesen, F. & Hansen, H. (2017). A sense of agency: An ethnographic exploration of being awake during mechanical ventilation in the intensive care unit. *International Journal of Nursing Studies*, (75), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.06.016>
- Leung, C., Pun, J., Lock, G., Slade, D., Gomersall, C., Wong, W. & Joynt, G. (2018). Exploring the scope of communication content of mechanically ventilated patients. *Journal of Critical Care*, (44), 136-141. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2017.10.044>
- Lloyd, B.; Beck, A. R.; Yacucci, A. L. (2018). "Augmentative and Alternative Communication in the Intensive Care Unit: A Service Delivery Model". *Graduate Independent Studies - Communication Sciences and Disorders*, 10. <https://ir.library.illinoisstate.edu/giscsd/10>
- Mortensen, C., Kjaer, M., Egerod, I. (2019). Caring for non-sedated mechanically ventilated patients in ICU: A qualitative study comparing perspectives of expert and competent nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, (52), 35-41. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.01.004>
- Noguchi, A., Inoue, T. & Yokota, I. (2019). Promoting a nursing team's ability to notice intent to communicate in lightly sedated mechanically ventilated patients in an intensive care unit: An action research study. *Intensive and Critical Care Nursing*, (51), 64-72. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.10.006>
- Nyagen, R., Egerid, I., Rustøen, T., Lerdal, A., Kirkevold, M. (2023). Unidentified communication challenges in the intensive care unit: A qualitative study using multiple triangulations. *Australian Critical Care*, 36 (2), pp. 215-222. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.01.006>

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0214e.32763>

- Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J.J., Vaz, J., Coutinho, P. (2016). *Rede de Referência de Medicina Intensiva*. Redes de Referência Hospitalar de Medicina Intensiva. <https://ds4.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf>
- Pina, S., Canellas, M., Prazeres, R., Lopes, J., Marcelino, T. Reis, D., Ferrito, C. (2020). Comunicação Alternativa e Aumentativa em Doentes Ventilados: *Scoping Review*. *Rev Bras Enferm.* 73(5). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0562>
- Pinho, C. (2020). *A comunicação no cuidado especializado ao doente crítico em contexto de cuidados intensivos* [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Portalegre. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/33790>
- Pinto, A. (2022). *Avaliação da competência comunicativa em pessoas adultas/idosas com resposta mínima internadas em unidades de medicina intensiva* [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Saúde de Aveiro, Universidade de Aveiro. https://ria.ua.pt/bitstream/10773/34844/1/Documento_Ana_Pinto.pdf
- Rego, A. (2016). *Comunicação Pessoal e Organizacional (4ª ed.)*. Edições Sílabo.
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lidel.
- Yoo, HJ, Li, O.B., Shim, J.L. (2020). Critical care nurses' communication experiences with patients and families in na intensive care unit: a qualitative study. *PLoS ONE* 15(7): e0235694. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235694>