



Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

O CUIDADO DE EXCELÊNCIA COMO *CORE* DA ENFERMAGEM

EXCELLENCE OF CARE AS THE *CORE* OF NURSING

Por Patrícia Sofia Rodrigues Correia

Lisboa, 2021



Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

O CUIDADO DE EXCELÊNCIA COMO *CORE* DA ENFERMAGEM

EXCELLENCE OF CARE AS THE *CORE* OF NURSING

Por Patrícia Sofia Rodrigues Correia

Sob a orientação da Professora Doutora Filipa Veludo

Lisboa, 2021

“Enquanto caminhava em direção à sua Lenda Pessoal, tinha aprendido tudo o que precisava, e tinha vivido tudo o que tinha sonhado viver. Mas chegara ao seu tesouro, e uma obra só está completa quando o objetivo é atingido.”.

Paulo Coelho (1988)

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Filipa Veludo, pela disponibilidade prestada em todo o percurso, pelo apoio e confiança que sempre transmitiu.

Às enfermeiras orientadoras: Cristina e Milene, muito obrigada pela receptividade e por me acolherem neste tempo difícil... Obrigada pela partilha de conhecimento e experiência.

Aos meus colegas e amigos, pelo suporte e pelas trocas de turnos para possibilitar a realização dos estágios.

Aos meus padrinhos, tios e primos, pelo apoio e amizade.

Aos meus avós, pelo tempo que não lhes dediquei, pelo amor, paciência e carinho. Em especial, ao meu avô António, que abandonou a vida cedo demais e com ele levou parte de mim, mas deixou-me tanto dele! Ficam as lembranças felizes... Descansa em paz meu avô!

À minha irmã, companheira de longa jornada, pela motivação dada e por sempre acreditar no meu sucesso.

Aos meus pais, sempre presentes em todas as decisões, por me incentivarem a voar sempre mais alto. Obrigada por terem compreendido a minha ausência e a falta de humor em certos momentos, quando o cansaço se apoderava. Muito obrigada sobretudo pelo apoio e ajuda incondicional que só os pais dedicados sabem dar.

A todos...

Muito Obrigada!

RESUMO

O presente relatório pretende revelar o percurso na aquisição e desenvolvimento de competências clínicas especializadas no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização: Pessoa em Situação Crítica, do Instituto de Ciências da Saúde - Lisboa, da Universidade Católica Portuguesa.

Como linha norteadora do pensamento em Enfermagem, integrei dois referenciais teóricos no desenvolvimento do cuidado de excelência: a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson e a Teoria das Transições de Afaf Meleis.

Transversal ao percurso clínico, dinamizei os resultados da investigação no cuidado abordando o fenómeno da integração do enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica. Pelo mapeamento das dificuldades e estratégias na integração, procurei responder a um desafio complexo da qualidade e segurança no cuidado, face à mobilização e contratação cada vez mais acelerada de profissionais de enfermagem.

Integrando o saber teórico no cuidado especializado, desenvolvi competências promotoras de uma atitude profissional de Enfermeira Especialista em dois contextos: Unidade de Cuidados Intensivos e Serviço de Urgência Central. A par da aquisição das competências específicas, foi possível identificar áreas de intervenção que permitiram o crescimento enquanto profissional, realizando atividades como a dinamização de sessões de formação para a equipa. Na Unidade de Cuidados Intensivos, contribuí para a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde através de uma formação integrada no cuidado relativamente à testagem para pesquisa de SARS-CoV-2, e de uma sessão de formação sobre a prevenção da infeção nos cateteres intravasculares. No serviço de urgência incidi o cuidado no setor considerado mais crítico: a sala de reanimação, onde o índice de gravidade da pessoa e conseqüente gestão das suas emoções e da sua família são mais complexas. Sabendo que as falhas na comunicação constituem uma das principais causas de eventos adversos a nível internacional e ocorrem essencialmente nos momentos de transição de cuidados, foi realizada uma sessão de formação alertando para a importância da padronização da comunicação para a continuidade do cuidado.

Palavras-Chave: Enfermagem, Cuidado Especializado, Qualidade dos cuidados, Transições, Integração.

ABSTRACT

With this report I intend to express in writing the route to acquiring and developing specialized clinical skills in the Medical-Surgical Nursing Master's degree in the area of expertise: Person in Critical Condition, from the Institute of Health Sciences - Lisbon, from the Universidade Católica Portuguesa.

As a Nursing thought process guiding line, I integrated two theoretical frameworks in the development of excellent care: the Theory of Human Care by Jean Watson and the Theory of Transitions by Afaf Meleis.

Alongside the clinical course, I streamlined the results of research in care, addressing the matter of the integration of nurses in the care for people in critical condition. By mapping the integration difficulties and strategies, I sought to respond to a complex challenge of quality and safety in care, given the increasingly accelerated mobilization and hiring of nursing professionals.

Integrating theoretical knowledge into specialized care, I developed skills that promote a professional attitude as a Specialized Nurse in two contexts: Intensive Care Service and Central Emergency Service. Along with the acquisition of specific skills, it was possible to identify areas of intervention that allowed growth as a professional, carrying out activities such as the promotion of training sessions for the team. In the Intensive Care Unit, I contribute to the prevention and control of healthcare-associated infection through integrated training in care regarding testing for research for SARS-CoV-2, and a training session on the prevention of infection in intravascular catheters. In the emergency department, care is focused on the sector considered the most critical: the resuscitation room, where the severity scale, the fear and anxiety of the person and its family are more complex. Knowing that communication failures are one of the main causes of adverse events on global scale and that most of them occur in moments of care transition, a training session was held alerting to the importance of standardizing communication for the continuity of care.

Keywords: Nursing, Specialized Care, Quality of Care, Transitions, Integration.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ABCDE	<i>Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure</i>
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
AESP	Atividade Elétrica Sem Pulso
AHA	<i>American Heart Association</i>
ALERT [®]	<i>ALERT</i> Emergency Rooms
Angio-TAC	Angiotomografia Axial Computadorizada
APA	<i>American Psychological Association</i>
ARDS	Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda
AVC	Acidente Vascular Cerebral
b/min	Batimentos por minuto
BUC	Bloco de Urgência Central
CE	Concentrado Eritrocitário
COVID-19	Nome atribuído pela Organização Mundial da Saúde, à doença provocada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2
CVC	Cateter Venoso Central
DGS	Direção-Geral da Saúde
ECMO	<i>Extracorporeal Membrane Oxygenation</i>
E-CPR	Programa de Reanimação Cardiopulmonar Extracorporal
EPI	Equipamento de Proteção Individual
g/dl	Grama por decilitro
IACS	Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde
IACV	Infeções da corrente sanguínea Associadas a Cateteres Vasculares
INCS	Infeção Nosocomial da Corrente Sanguínea
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
ISBAR	<i>Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation</i>
ITLS	<i>International Trauma Life Support</i>
JBI	<i>Joanna Briggs Institute</i>
L	Setor Laranjas

LISTA	<i>Library, Information Science & Technology Abstracts</i>
mmHg	Milímetro de mercúrio
MSE	Membro Superior Esquerdo
OE	Ordem dos Enfermeiros
PCC	População (P), Conceito (C), Contexto (C)
PCR	Paragem Cardiorrespiratória
PICIS®	<i>PICIS System Health Care</i>
PNCI	Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde
PPCIRA	Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
RCAAP	Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal
SARS-CoV-2	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2</i>
SAV	Suporte Avançado de Vida
SIEM	Sistema Integrado de Emergência Médica
SO	Serviço de Observação
SR	Sala de Reanimação
Sr. / Sra.	Senhor / Senhora
SU	Serviço de Urgência
SUC	Serviço de Urgência Central
SUP	Serviço de Urgência Polivalente
SUPed	Serviço de Urgência Pediátrico
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UCIP	Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
UCP	Universidade Católica Portuguesa
UIE	Unidade de Instalações e Equipamentos
VMER	Viatura Médica de Emergência e Reanimação
VV	Via Verde

ÍNDICE GERAL Pág.

0. INTRODUÇÃO	19
1. SÍNTESE DA EVIDÊNCIA DO FENÓMENO EM ESTUDO	27
2. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	33
2.1. Num Serviço de Cuidados Intensivos	35
2.2. Num Serviço de Urgência Central.....	52
3. CONCLUSÃO	71
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
APÊNDICES	87
APÊNDICE I – Dificuldades e Estratégias na Integração ao Cuidado da Pessoa em Situação Crítica: uma <i>Scoping Review</i>	89
APÊNDICE II - Metodologia de Análise SWOT.....	107
APÊNDICE III – Identificação das Necessidades de Formação na UCI.....	111
APÊNDICE IV - Plano de Sessão de Formação sobre a “Prevenção das Infecções relacionadas com Cateteres Intravasculares”	119
APÊNDICE V - Divulgação da Sessão de Formação.....	123
APÊNDICE VI - Sessão de Formação: <i>Prevenção das Infecções relacionadas com Cateteres Intravasculares</i>	127
APÊNDICE VII - Avaliação da Sessão de Formação na UCI.....	137
APÊNDICE VIII - Questionário de Avaliação da Sessão pelo Formando	145
APÊNDICE IX – Resumo do <i>poster</i> sobre as <i>Estratégias Facilitadoras na Integração do Enfermeiro no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica</i>	149
APÊNDICE X - <i>Poster</i> sobre as <i>Estratégias Facilitadoras na Integração do Enfermeiro no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica</i>	155
APÊNDICE XI – Resumo do <i>poster</i> sobre as <i>Dificuldades na Integração do Enfermeiro no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica</i>	159
APÊNDICE XII - <i>Poster</i> sobre as <i>Dificuldades na Integração do Enfermeiro no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica</i>	165
APÊNDICE XIII - Síntese com os Resultados Preliminares da <i>Scoping Review</i>	169
APÊNDICE XIV – Identificação das Necessidades de Formação no SUC.....	179
APÊNDICE XV - Plano de Sessão de Formação sobre a <i>Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde</i>	191

APÊNDICE XVI - Divulgação da Sessão de Formação.....	195
APÊNDICE XVII - Sessão de Formação: <i>Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde</i>	199
APÊNDICE XVIII - Avaliação da Sessão de Formação no SUC.....	211
APÊNDICE XIX - Questionário de Avaliação da Sessão pelo Formando.....	219
ANEXOS.....	223
ANEXO I – Vigilância Epidemiológica das Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea (INCS).....	225
ANEXO II – Certificados de Participação: <i>ITLS e SAV</i>	229
ANEXO III – Avaliação para o transporte intra-hospitalar	233
ANEXO IV – Certificado de Participação: <i>III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem</i>	237
ANEXO V – Certificado de Participação: <i>X Jornadas Nacionais e VIII Jornadas Internacionais de Enfermagem da Escola de Enfermagem de Lisboa da UCP</i>	241
ANEXO VI – Comprovativo de Submissão do Artigo para Publicação à Revista <i>Enfermería Global</i>	245

0. INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio insere-se no âmbito da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório” da 13ª edição do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização: Pessoa em Situação Crítica, do Instituto de Ciências da Saúde - Lisboa, da Universidade Católica Portuguesa (UCP). Espelha o percurso formativo da aquisição e/ou desenvolvimento de competências para obtenção do título profissional de enfermeira especialista na área de enfermagem à pessoa em situação crítica e tem como objetivo a obtenção do grau académico de mestre em enfermagem através da discussão em prova pública (UCP, 2019).

A enfermagem é uma ciência que implica o cuidado a pessoas de uma forma crítica, sustentada e responsável (Braga & Machado, 2011), onde a escola, através da formação inicial, assume um papel fundamental de entidade formadora dos futuros profissionais de saúde. Esta formação inicial tem um papel fulcral para a construção da autonomia, da capacidade do enfermeiro dar resposta às necessidades da pessoa, cuidando e agindo de acordo com a ética e deontologia profissional, tomando consciência da responsabilidade pelas decisões tomadas (Espada, Ferreira, Garcia, Mota, & Silva, 2007). A formação inicial é temporalmente limitada, não conferindo, por si só, saberes suficientes e estáveis ao longo da vida profissional (Tojal, 2011). Há que adotar uma cultura de *ser aprendente* e, com o término da licenciatura não nos podemos considerar “produtos acabados”, devendo investir na formação ao longo da vida para que o cuidado seja de excelência. Quatro anos após o término da licenciatura e depois da realização de uma Pós-Graduação no cuidado à pessoa em situação crítica, considerei que alcancei a maturidade pessoal e profissional necessária para envergar pelo caminho do mestrado e, deste modo, desenvolver uma *enfermagem com mais enfermagem* (Silva A. P., 2007).

O alcance de uma enfermagem avançada visa adquirir maior competência para o desempenho, centrado numa lógica mais concetual e concretizada pela inter-relação pessoal, tendo como base teorias de enfermagem onde o *core* é o diagnóstico e capacitação da pessoa face às transições vividas, e maior competência na tomada de decisão (Silva A. P., 2007). A enfermagem toma por objeto de estudo as respostas humanas envolvidas nas

transições, geradas por processos de desenvolvimento ou eventos significativos da vida, que exigem adaptação, como por exemplo, a doença (Silva A. P., 2007). O campo de conhecimento da enfermagem, o *core*, é diferente das outras ciências da saúde. O pensamento biomédico não deverá ser o centro do cuidado, pois o enfermeiro deve capacitar a pessoa para as diferentes transições de vida que experiencia, construindo, segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2018a) estratégias de resolução de problemas em parceria com a pessoa, atribuindo-lhe ferramentas para que consiga gerir o processo de transição e potenciar as suas características. Tal é exemplo a gestão da angústia da família e/ou pessoas significativas quando o seu familiar dá entrada num serviço de urgência (SU) ou Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).

Segundo o Artigo 99.º - Princípios gerais, um dos princípios orientadores da atividade dos enfermeiros é alcançar “a excelência do exercício profissional na profissão em geral e na relação com outros profissionais” (OE, 2015a, p.81). O respeito humanista pela unidade funcional do ser humano torna-se essencial. A excelência do cuidado tem origem nos primórdios da profissão. No século XIX, Florence Nightingale reuniu dados epidemiológicos para avaliar a qualidade do cuidado de enfermagem (Silva D. M., 2002). Atualmente, devido à complexidade dos cuidados de saúde, ao aumento da esperança média de vida e ao aumento das expectativas das pessoas, há uma necessidade crescente em alcançar a segurança e qualidade do cuidado (Ribeiro, Martins, & Tronchin, 2017). Na procura permanente da excelência do exercício profissional, é exigido uma atuação congruente com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (Ribeiro, Martins, & Tronchin, 2017). Segundo a OE (2001) a saúde é uma representação mental, um estado subjetivo, definido como o bem-estar físico, emocional e espiritual. A pessoa é um ser único, com valores, crenças, e desejos próprios, sendo influenciada pelo ambiente onde vive e se desenvolve. O cuidado de enfermagem visa o alcance de uma relação interpessoal do enfermeiro com a pessoa cuidada e/ou sua família. O enfermeiro distingue-se pela formação e experiência, permitindo a capacitação da pessoa para novas situações de vida. O exercício profissional e, conseqüentemente, a relação terapêutica, é marcada pela parceria estabelecida com a pessoa, no respeito pelas suas capacidades e valorização do seu papel. Esta relação é um processo dinâmico que visa alcançar a proatividade da pessoa no seu processo de saúde-doença. Ao adotar este enquadramento conceptual, evoluiu-se para a construção de uma base de trabalho, da qual emergiram os enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2001). Existem seis categorias de

enunciados descritivos (satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional e organização dos cuidados de enfermagem) que garantem a qualidade do cuidado à pessoa e são uma referência e orientação para a prática profissional de excelência (OE, 2001), permitindo a reflexão sobre a tomada de decisão. Contudo, bons cuidados significam coisas diferentes para pessoas diferentes (OE, 2001), pelo que o alcance da excelência do cuidado requer sensibilidade para lidar com a diferença de cada um, atendendo aos seus valores, costumes e religião.

Tenho consciência de que o exercício da profissão de enfermagem é complexo, uma vez que não é estanque, sendo crucial uma constante atualização dos saberes e das práticas, implicando um percurso de formação e de procura ao longo da vida (Morais, 2004). Com o objetivo de alcançar a qualidade e excelência do cuidado, como referido no artigo 109.º - Da excelência do exercício (OE, 2015a), é exigido na prática diária um conhecimento baseado na melhor evidência disponível. Há que adquirir e/ou aperfeiçoar a habilidade na tomada de decisão, bem como o saber especializado, que se caracteriza por um amplo conhecimento num domínio de competências específicas, conferindo ao enfermeiro especialista um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem (OE, 2019).

A escolha particular pela área de especialização da pessoa em situação crítica relacionou-se com o facto de em todo o meu percurso profissional cuidar de pessoas nesta situação. Iniciei o meu percurso num Serviço de Urgência Geral (adulto), embora atualmente exerça funções num Serviço de Urgência Pediátrica (SUPed).

Segundo o regulamento n.º 429/2018 do Diário da República, a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Face à complexidade da pessoa em situação crítica o cuidado de enfermagem é altamente qualificado, não só pela transição de saúde-doença que a pessoa vivencia, como também pela instabilidade que este processo representa, sendo necessário uma resposta pronta e atempada. O cuidado de enfermagem à pessoa em situação crítica requer observação; colheita de dados de forma contínua e sistematizada, para prever e detetar precocemente complicações e, o assegurar de uma intervenção em tempo útil, precisa, concreta e eficiente (OE, 2018a). Esta particularidade do cuidado faz com que me desafie diariamente, agindo sobre pressão de modo a manter as suas funções

básicas de vida, a prevenir complicações e/ou limitar incapacidades, com a finalidade da sua recuperação total (OE, 2018a), pelo que sinto que o cuidado neste âmbito é uma componente fulcral enquanto enfermeira.

Como a teoria e a prática caminham lado a lado é essencial, para além do conhecimento teórico, possibilitar a aquisição e desenvolvimento de experiências e vivências práticas. Sabendo que é na prática que contactamos diretamente com a realidade do cuidado, é o momento privilegiado para a aprendizagem e reflexão sobre as situações vividas, estruturante para o desenvolvimento de diferentes competências.

O acompanhamento por um supervisor que desempenhe atividades como ensinar, treinar, aconselhar, avaliar, não esquecendo o apoio e suporte ao supervisionado (Silva, Pires, & Vilela, 2011) é imprescindível nesta fase. A qualidade do exercício profissional é assegurada através da implementação de políticas de supervisão clínica em enfermagem. Através de um processo formal, “contínuo e dinâmico de acompanhamento e suporte que promove o desenvolvimento de competências profissionais” (Carmo, Silva, Rodrigues, & Rodrigues, 2011, p. 50), facilita o apoio profissional e a aprendizagem (Pires, 2011), abrangendo três funções fundamentais definidas pelo Modelo de Proctor (1986). A função formativa permite o desenvolvimento de competências e habilidades, através da reflexão e análise das experiências; a função restaurativa, demonstra que o apoio contribui para a diminuição do *stress* e manutenção das emoções, ultrapassando situações significativas; e a função normativa considera a importância da relação entre a supervisão e a melhoria da qualidade do cuidado através de ações que incrementam a segurança do mesmo (Silva, Pires, & Vilela, 2011). Este processo de crescimento pessoal e profissional decorreu em dois contextos de estágio: numa Unidade de Cuidados Intensivos e num Serviço de Urgência Central (SUC) da área metropolitana de Lisboa.

Com o término dos estágios importa agora refletir e analisar o percurso desenvolvido e demonstrar as competências comuns e específicas alcançadas e que um enfermeiro especialista na pessoa em situação crítica deve adotar.

Centrado numa metodologia descritiva, crítica e reflexiva, tendo em atenção a capacidade de síntese e as necessidades de aprendizagem individuais, os objetivos do presente relatório são:

- ✓ Avaliar de forma crítica e reflexiva o processo de aquisição e/ou desenvolvimento de competências em cada campo de estágio;

- ✓ Fundamentar as decisões tomadas e atividades desenvolvidas no decorrer do percurso, com base na melhor evidência disponível, de modo a alcançar a certificação de competências específicas de especialista e mestre em enfermagem;
- ✓ Refletir o impacto do percurso na dinâmica pessoal e profissional do cuidado.

O pensamento em Enfermagem do percurso formativo foi inscrito em dois referenciais teóricos que considero essenciais para o cuidado de excelência: a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson (Watson, 2002a) e a Teoria das Transições de Afaf Meleis (Meleis, 2012). As duas teóricas basearam a forma de ver a prática e executar o cuidado, contudo, incidi a minha ação na teoria de Afaf Meleis. Ambas se inserem no paradigma da transformação, com uma orientação face ao mundo, considerando os fenómenos como únicos e em interação com o contexto onde decorrem (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette, & Major, 1996). A pessoa tem capacidade e possibilidade de ser agente e parceira nas decisões de saúde que lhe dizem respeito, devendo a intervenção do enfermeiro ser baseada no *ser com a pessoa*, através das suas experiências, ritmo e caminho que escolher (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette, & Major, 1996), pois esta é um ser unitário, maior que a soma das suas partes, multidimensional e indissociável do seu universo.

A Teoria do Cuidado Humano, segundo referencial teórico de Jean Watson, inserida na escola de pensamento do Cuidar, é considerada a síntese da disciplina de enfermagem (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette, & Major, 1996). Segundo Jean Watson (2002a) o cuidado humanista e científico é o ideal da Enfermagem e visa manter o bem-estar da pessoa, tal como a pessoa o define. O enfermeiro deve intervir, não como figura principal, mas parceiro do cuidado individualizado e tendo em conta a cultura e valores da pessoa cuidada, acompanhando-a nas suas experiências de saúde.

Do nascimento até à morte, a nossa vida é marcada por diferentes e sucessivas passagens (Collière, 2003). Meleis (2010) desenvolveu uma teoria de médio alcance, onde a transição é o foco do seu quadro conceptual. A palavra transição deriva do latim *transitióne* e é definida como uma passagem de um estado ou condição para outro (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000). No decorrer da vida a pessoa experiencia diferentes fases de mudança que são marcadas por alterações de um estado para outro (Meleis, 2012). Estes momentos causam instabilidade, pelo que é necessária adaptação para restabelecer a estabilidade. Segundo Meleis (2012), qualquer pessoa em mudança de papel ou saúde está em situação de transição, pelo que necessita do cuidado de enfermagem. As transições

podem ocorrer em três domínios: acontecimentos unidos pelo desenvolvimento, a situações de vida ou a saúde-doença, isto é, as transições são despoletadas por uma mudança do estado de saúde, no papel, nas expectativas ou capacidades da pessoa (Meleis, 2012). Na área da saúde, uma transição de saúde-doença pode ser definida como a transição ou mudança de um estado de saúde ou bem-estar para um estado de doença aguda ou crónica, sendo que o enfermeiro surge como agente facilitador do processo de transição (Meleis, 2010).

Transversal ao percurso clínico, dinamizei os resultados da investigação no cuidado abordando o fenómeno da integração do enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica. Pela realização de uma *Scoping Review* mapeámos as dificuldades e estratégias na integração, respondendo a um desafio complexo na atualidade no que respeita à qualidade e segurança no cuidado, desencadeado pela mobilização e contratação cada vez mais acelerada de profissionais de enfermagem (Linn, Caregnato, & Souza, 2019).

Os SU têm representado a principal porta de entrada no sistema de saúde, embora as principais situações de saúde-doença que levam as pessoas a procurar por este atendimento poderiam ser resolvidas ao nível primário de cuidado à saúde (Guedes, Almeida, Ferreira, Júnior, & Chianca, 2014). Sabendo que a enfermagem pode definir-se como um processo que facilita as transições promotoras de bem-estar em todo o ciclo vital da pessoa (Meleis & Trangenstein, 1994), com a procura cada vez maior pelo SU, é exigido aos profissionais uma pronta resposta neste processo. Como a resposta às necessidades da pessoa é a alavanca para as mudanças nos sistemas de saúde (Silva A. P., 2007), é fulcral capacitar os enfermeiros e integrá-los adequadamente nos serviços.

A metodologia utilizada para a elaboração do presente relatório é descritiva, tendo como suporte os conhecimentos teórico-práticos desenvolvidos, com base em evidência científica, na partilha de conhecimentos com as enfermeiras orientadoras, bem como nas orientações tutoriais com a Professora Doutora Filipa Veludo. O relatório está dividido em quatro capítulos, seguindo-se os apêndices e anexos. No primeiro capítulo é realizada uma síntese da evidência produzida pela *Scoping Review* discutindo as principais dificuldades do enfermeiro e estratégias que facilitam a integração no cuidado à pessoa em situação crítica, sendo que o documento detalhado se encontra em apêndice I. No segundo capítulo descreve-se a análise crítica e reflexiva do desenvolvimento de competências de acordo com as diferentes situações vivenciadas em cada campo de estágio, correspondendo cada subcapítulo a um contexto diferente do mesmo (UCI e SUC). No terceiro capítulo

apresento a conclusão do relatório, onde realizo uma apreciação global dos campos de estágio, a avaliação dos objetivos propostos, as implicações para a minha prática profissional futura enquanto enfermeira especialista, bem como as dificuldades e limitações encontradas no decorrer do percurso. Por fim, o último capítulo são as referências bibliográficas que suportam todo o relatório e demonstram a fundamentação teórica suportada na evidência científica. Para garantir o anonimato das instituições, existem referências bibliográficas que foram omissas no decorrer do relatório, atendendo assim às questões éticas relacionadas com a proteção de dados e confidencialidade (UCP, 2019). Em apêndice apresento a documentação referente às atividades realizadas, que considero pertinente para o leitor complementar a leitura do meu relatório; anexando informação adicional que complementa os dados apresentados no corpo do trabalho.

A elaboração deste relatório segue as normas do novo acordo ortográfico da língua portuguesa e a norma APA *6th Editions*, operacionalizada pelo programa informático “*Mendley*”.

1. SÍNTESE DA EVIDÊNCIA DO FENÓMENO EM ESTUDO

Neste capítulo será apresentada a síntese da *Scoping Review* realizada: *Dificuldades e Estratégias na Integração ao Cuidado da Pessoa em Situação Crítica*. O artigo completo encontra-se no Apêndice I, onde consta a respectiva referência bibliográfica em *Vancouver* conforme instruções prévias para manuscritos da revista ao qual foi submetido (Enfermería Global, s.d.).

Na atualidade, as constantes alterações sociais, profissionais e institucionais colocam desafios às instituições de saúde, em particular na gestão dos recursos humanos (Silvestre, 2012). As instituições de saúde recorrem com frequência à contratação de profissionais de curta duração (Silvestre, 2012), o que implica uma elevada rotatividade e falta de retenção de pessoal qualificado no ambiente de trabalho. Este fenómeno ocorre frequentemente em serviços onde o cuidado à pessoa em situação crítica é uma constante, com taxas anuais entre 25% e 60% (Mealer, et al., 2014). A mobilização e contratação de profissionais de enfermagem é uma realidade que implica processos de integração mais frequentes. A integração é decisiva no sucesso e adaptação do enfermeiro à instituição e, simultaneamente, permite o desenvolvimento de competências, a aquisição de autoconfiança e a construção da sua identidade profissional (Taveira, 2011).

A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (OE, 2018a). Adquirir e/ou desenvolver raciocínio clínico neste âmbito constitui um processo complexo, mas essencial para o cuidado de excelência. Serviços onde se cuida da pessoa em situação crítica, como por exemplo, UCI são locais por si só stressantes devido às suas características (Ballester-Arnal, Gómez-Martínez, Gil-Juliá, Ferrándiz-Sellés, & J.Collado-Boira, 2016). Os profissionais que trabalham nestes contextos deparam-se diariamente com situações de doença grave, dor, morte e a necessidade de tomar decisões prontas que podem ser influenciadas pela pressão temporal (Ballester-Arnal, Gómez-Martínez, Gil-Juliá, Ferrándiz-Sellés, & J.Collado-Boira, 2016). Estes aspetos, acompanhados pelo sentimento de frustração que por vezes recai sobre o profissional por não conseguir restabelecer

sempre a saúde da pessoa e a relação que se cria com a mesma, potencia a ansiedade e a depressão. Também no serviço de urgência existem situações desafiadoras e imprevistas no atendimento que podem contribuir para o esgotamento e fadiga dos enfermeiros. O *stress* envolvido no cuidado emergente pode aumentar a sobrecarga emocional e laboral dos enfermeiros (Yu, Qiao, & Gui, 2021). O *stress* pode dever-se ao excesso de trabalho mental, devido à pressão decorrente da pronta tomada de decisão, à ocorrência de situações imprevisíveis e ao volume de trabalho, para além da ocorrência de cenários de violência. Existe evidência em que 59,4% dos enfermeiros, que desempenham funções num SU geral de adultos, estavam em *burnout*, associando a menor idade e o tempo de permanência na instituição a maiores níveis (Nobre, Rabiais, Ribeiro, & Seabra, 2019).

Face a esta problemática, a integração do enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica constitui uma preocupação cada vez maior, uma vez que estes serviços são um ambiente altamente complexo e requerem profissionais com competências avançadas (Linn, Caregnato, & Souza, 2019). Uma integração adequada é crucial para o sucesso e adaptação do enfermeiro ao novo serviço, garantindo a qualidade e segurança do cuidado. Enquadrado na problemática desenvolvida pretendemos mapear as dificuldades sentidas e as estratégias que permitem facilitar este processo integrativo.

Através do levantamento e apreciação crítica da evidência relativa ao fenómeno em estudo, foi possível compreender o estado da arte. Na análise preliminar recorreu-se à base de dados PubMed® e aos descritores “*Nurs**”, “*Critical Care*” e “*Integration*”.

Os resultados da pesquisa permitiram perceber que existe escassa produção científica associada ao fenómeno em estudo, com maior incidência em artigos de baixo nível de evidência. Elaborou-se um protocolo *a priori* seguindo a metodologia do *Joanna Briggs Institute* (JBI), que auxiliou e conduziu a primeira fase da pesquisa pela organização da informação recolhida. A maioria dos artigos abordavam principalmente as estratégias que facilitam o processo de integração, existindo também artigos que abordavam as dificuldades sentidas pelo enfermeiro e/ou as competências que deviam ser adquiridas para o cuidado à pessoa em situação crítica. Contudo, considerámos existir uma lacuna ao nível da articulação entre as principais dificuldades e principais estratégias que facilitam a integração do enfermeiro.

Perante uma evidente lacuna no conhecimento considerámos existir necessidade de mapear de uma forma mais precisa este fenómeno (Apóstolo, 2017), procedendo à elaboração de

uma *Scoping Review*, explorando-se a extensão da literatura nesta área do conhecimento, mapeando e resumindo a evidência existente (Tricco, et al., 2016).

Face a este fenómeno tornou-se clara a pertinência do estudo em questão e procedeu-se à definição dos critérios de elegibilidade, com base na mnemónica PCC. Como critérios de inclusão, a População (P) estipulada foi o Enfermeiro, o Conceito (C) foram as Dificuldades sentidas e as Estratégias facilitadoras na Integração e, o Contexto (C) elegido foi o Cuidado à Pessoa em Situação Crítica.

A estratégia de pesquisa booleana foi definida por uma pesquisa preliminar de descritores em saúde, recorrendo aos instrumentos de indexação MeSH e DeCS. Operacionalizou-se a pesquisa cruzando os descritores com *and* e *or* (AB *intensive care* OR AB *critical care*) AND (AB *nurs** OR AB *health care provider* OR AB *health care professional* OR AB *health care worker*) AND (TI *Integral** OR TI *training*).

Recorreu-se às bases de dados *CINHAL® Complete*; *MEDLINE® Complete*; *Nursing & Allied Health Collection™: Comprehensive Edition*; *Cochrane Plus Collection*; *Library, Information Science & Technology Abstracts (LISTA)* e *MedicLatina™*, para além do Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP).

Os tipos de estudos privilegiados foram estudos primários, secundários e de opinião. Inicialmente considerou-se a existência de texto completo como limitador de resultado.

Definiu-se como friso temporal os artigos publicados até maio de 2020, sem limite inferior face à escassa evidência disponível sobre o fenómeno em estudo. Foram incluídos artigos em português, inglês, castelhano e francês.

A seleção da amostra final foi efetuada por três revisores independentes, pela leitura do título, resumo e texto completo. Também foram consideradas as referências bibliográficas dos artigos selecionados. A decisão da inclusão dos artigos na amostra foi realizada por toda a equipa de investigação. Sistematizou-se a seleção da amostra pelo fluxograma PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) com a inclusão de 13 artigos (Apêndice I).

Através da análise dos estudos, compreendeu-se que a principal dificuldade sentida foi a comunicação com a equipa, com a pessoa em situação crítica e/ou familiares, observando-se que uma má comunicação potencia o erro em saúde influenciando a qualidade do cuidado (Rice, et al., 2016). O *stress* foi também uma dificuldade predominante, uma vez que os serviços de cuidado à pessoa em situação crítica são ambientes onde ocorrem

confrontos diários de dilemas éticos e morais (Mealer, et al., 2014). É conhecido que, quando transitamos de um lugar para outro, somos desafiados enquanto profissionais e, por norma, os elementos recém-admitidos são mais ansiosos (Silvestre, 2012). Este *stress* pode dever-se ao facto de não conhecerem a equipa e à preocupação constante em serem aceites pelos elementos mais antigos, como também à própria mudança da identidade profissional ou novidade de situações, técnicas e procedimentos (Silvestre, 2012).

A complexidade da situação de saúde, técnicas e/ou procedimentos realizados, implica uma articulação entre o conhecimento teórico e prático, necessário para o desenvolvimento de competências específicas e uma tomada de decisão pronta e eficaz (Linn, Caregnato, & Souza, 2019). A sobrecarga de trabalho está diretamente relacionada com a qualidade e segurança do cuidado uma vez que é necessário despende parte do tempo no manuseamento da tecnologia diferenciada existente (Macedo, Padilha, & Püschel, 2019), por exemplo, na hemodiafiltração veno-venosa contínua e na técnica ECMO (*Extracorporeal Membrane Oxygenation*).

A rotatividade de enfermeiros entre serviços ocorre com frequência em ambientes de cuidado à pessoa em situação crítica, culminando na incapacidade de retenção de enfermeiros qualificados (Mealer, et al., 2014). Por fim, lidar com a morte e/ou a doação de órgãos pode levar à necessidade de aconselhamento para desenvolver estratégias de *coping* (Mealer, et al., 2014).

Em continuidade, foi possível depreender que estas dificuldades se constituíram como percursos que tornaram imprescindíveis a implementação de estratégias facilitadoras no processo de integração.

Considerou-se como a principal estratégia facilitadora a importância do treino especializado no cuidado à pessoa em situação crítica, destacando-se a simulação de situações reais que propicia maior confiança no profissional, melhor comunicação em equipa, bem como a deteção precoce de complicações (Villemure, Tanoubi, Georgescu, Dubé, & Houle, 2016; Linn, Caregnato, & Souza, 2019). A recriação de situações da vida real permite o desenvolvimento do raciocínio clínico em situações complexas de doença, de forma controlada e num ambiente seguro, aumentando o conhecimento e confiança do profissional (Linn, Caregnato, & Souza, 2019). A simulação é mais eficaz para quem está a aprender do que contactar diretamente com a situação crítica real, pois permite o erro e posterior *feedback*, proporcionando aos enfermeiros experiência, segurança e facilidade na

tomada de decisão nas situações reais do cuidado, além de melhorar os resultados do serviço (Linn, Caregnato, & Souza, 2019). Compreende-se, então, que a simulação seguida de transmissão de *feedback*, em forma de reuniões de *debriefing*, potencia a aprendizagem (Silvestre, 2012; Villemure, Tanoubi, Georgescu, Dubé, & Houle, 2016).

A segunda estratégia mais relevante foi o trabalho em equipa, já que aumenta a eficácia e segurança do cuidado através da complementaridade do saber dos diversos elementos (Ballangrud, Hall-Lord, Persenius, & Hedelin, 2014; Villemure, Tanoubi, Georgescu, Dubé, & Houle, 2016; Linn, Caregnato, & Souza, 2019). É crucial para uma melhor integração o acompanhamento por um enfermeiro de referência/tutor que seja perito na área, garantindo a qualidade do cuidado e segurança do próprio enfermeiro integrante (Torres, et al., 2011). Esta figura deve estar presente preferencialmente no turno da manhã e não lhe ser atribuído um elevado rácio no cuidado, exceto se a necessidade do serviço se sobrepuser (Torres, et al., 2011; Silvestre, 2012). Por fim, a literatura também prioriza a construção de estratégias de resiliência, como a atenção plena, o autocuidado e o bem-estar, como proteção dos enfermeiros dos efeitos negativos do *stress* no local de trabalho (Mealer, et al., 2014).

Em suma, o processo de integração requer planeamento para definir aspetos essenciais do modelo de cuidado, sendo conseguido através do desenvolvimento de estratégias e programas abrangentes que permitam integrar e treinar enfermeiros. O treino através da simulação de práticas leva à aquisição de competências fundamentais para o cuidado de excelência, tal como a atribuição de um enfermeiro tutor e *feedback* sobre o trabalho desenvolvido. Isto permite colmatar as dificuldades sentidas através da construção da resiliência e estratégias de *coping*, prevenindo o *burnout* e a rotatividade dos profissionais entre serviços.

O estudo deste fenómeno revelou-se bastante atual, constituindo uma mais-valia, quer para os enfermeiros com funções de chefia, quer para o enfermeiro em integração e equipa multidisciplinar. Face ao exposto considera-se que esta *Scoping Review* é um alicerce para investigação futura, ficando o desafio para a elaboração de estudos primários que visem a compreensão do fenómeno nesta área do conhecimento, sendo um fenómeno transversal e pertinente para a enfermagem, contudo pouco estudado.

2. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS...

Este capítulo visa a análise crítica e reflexiva do cuidado nos dois campos de estágio realizados, de modo a demonstrar o desenvolvimento e/ou aperfeiçoamento das competências necessárias para alcançar a excelência do exercício profissional, pela certificação do título profissional de enfermeira especialista. A prática reflexiva constitui-se como um importante meio de capacitação dos profissionais na aquisição de um profundo conhecimento dos saberes e das práticas (Santos & Fernandes, 2004). Para clarificar e melhor compreender o meu percurso apelo à experiência pessoal, mas também a fontes teóricas, para que este relatório se torne um instrumento de aprendizagem para situações futuras.

No decorrer do percurso, em ambos os locais de estágio, houve inúmeras situações vivenciadas que demonstram o alcance de competências de enfermeira especialista, contudo, escolhi apenas um leque de situações para as evidenciar. A escolha de determinadas situações aconteceu porque estas me marcaram enquanto profissional e/ou pessoa ou porque as considere pertinentes para exemplificar o meu percurso e o desenvolvimento de competências.

Considerando a competência como a mobilização ou a ativação de vários saberes, numa situação e num contexto (Le Boterf, 1997), que envolve a própria pessoa (eu enquanto sujeito), a situação (desenvolvimento ou aperfeiçoamento de competências enquanto enfermeira especialista) e o contexto (UCI e SUC), surgiu a necessidade de ser competente no cuidado à pessoa em situação crítica, de modo a cuidar com qualidade e em segurança, alcançando a excelência. Para ser competente tem de haver a conciliação do conhecimento (saber-saber), com as minhas capacidades psico-motoras (saber-fazer) e as minhas atitudes (saber-estar profissional, a postura que adoto e como me relaciono com a equipa multidisciplinar e com a pessoa cuidada). Esta competência sedimenta-se no decurso da experiência profissional e permite a antecipação de fenómenos (Benner, 2001). O facto de já ter estagiado anteriormente numa unidade de cuidados intensivos, embora tenha sido pediátrica, e trabalhe atualmente num serviço de urgência pediátrico (apesar de ter iniciado

o meu percurso profissional num SUC) foi um aspeto facilitador para o desenvolvimento de competências no âmbito da pessoa em situação crítica.

A metodologia de análise SWOT, uma ferramenta de planeamento estratégico (Oliveira, 2018), permitiu-me organizar e planear o meu percurso em ambos os estágios (Apêndice II), através da avaliação global das forças, fraquezas, oportunidades e ameaças de cada serviço, considerando o ambiente interno e externo. O objetivo geral e transversal aos dois campos de estágio foi *desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais no cuidado especializado à pessoa em situação crítica e sua família*. Cada subcapítulo corresponde a um contexto de atuação diferente, uma vez que não é suficiente apenas um ambiente para se adquirir determinadas competências.

De seguida, apresento por ordem cronológica de atuação os diferentes contextos: UCI e SUC, onde em cada um são apresentados os objetivos específicos. Os objetivos propostos basearam-se no Regulamento n.º 140/2019 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados; Desenvolvimento das aprendizagens profissionais) (OE, 2019), bem como no Regulamento n.º 429/2018 das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica definidas pela Ordem dos Enfermeiros (Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe; Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos) (OE, 2018a).

Enquanto enfermeira especialista foi importante ter conhecimento do Plano de emergência e catástrofe de ambos os locais de estágio, para que, se tal situação acontecesse, fosse capaz de perceber qual o conjunto de ações a realizar ordenadamente, definindo atuações e responsabilidades do pessoal, agindo em conformidade com o estabelecido. Para além de que me permitiu a análise crítica destes documentos, passíveis de melhorar o desenvolvimento da minha competência na dinamização da “resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação” (OE, 2018a, p. 19359).

Sabe-se que a liderança é o processo através do qual um membro de um grupo ou organização influencia os restantes membros (Yukl, 2013). Em relação aos estilos de liderança, considero que em ambos os campos de estágio os enfermeiros-chefes adotavam um estilo de liderança democrático, possibilitando a participação da equipa na tomada de

decisão, atendendo às suas sugestões e críticas. Ambos os líderes valorizavam o contributo de cada pessoa, obtendo o empenho do grupo através da participação (Yukl, 2013). Deste modo, foi possível implementar mudanças em cada serviço e abordar determinados temas para potenciar a qualidade do cuidado.

2.1. Numa Unidade de Cuidados Intensivos

O estágio decorrido numa UCI de adultos na área metropolitana de Lisboa foi desenvolvido no período de 1 de Setembro de 2020 a 27 de Outubro de 2020, com um total de 180 horas de contacto distribuídas em horário de *roulement*, com turnos de manhã, tarde e noite.

A medicina intensiva é a área das ciências médicas que aborda a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença crítica (Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação, 2017). Há dois aspetos determinantes para a eficácia da prática da medicina intensiva: a deteção precoce da doença crítica e a intervenção tecnicamente diferenciada em tempo adequado para reposição da homeostasia. O cuidado de enfermagem à pessoa em situação crítica deve ser altamente qualificado e prestado de forma contínua, mantendo as funções básicas de vida e prevenindo complicações e limitações. Para o tratamento da doença crítica, em situações de falência de órgãos ou sistemas vitais, são essenciais sistemas de monitorização multimodal complexos e recursos tecnológicos que providenciam a substituição temporária de funções vitais, concentrados em estruturas tecnologicamente sofisticadas (Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação, 2017).

A escolha deste local de estágio prendeu-se pela visão, missão, valores e estratégia de qualidade da instituição a que pertence. É um hospital central de referência e assume o cuidado diferenciado da população portuguesa, para além de desenvolver atividades de investigação e formação, bem como atividades de ensino em colaboração com entidades públicas e privadas. Na UCI a missão é o cuidado diferenciado e altamente especializado à pessoa em situação crítica com risco ou falência das funções vitais, com idade igual ou superior a 18 anos. É considerado uma unidade polivalente inovadora, uma vez que abrange tratamentos e técnicas muito diferenciadas, que lhe conferem a capacidade de assistir e monitorizar as pessoas com diversas patologias de forma contínua. Destaca-se a técnica de ECMO, hemodiafiltração veno-venosa contínua, politrauma, entre outras situações clínicas que exigem da equipa de enfermagem e de toda a equipa multidisciplinar

permanente atualização teórico-prática. Deste modo, considerei que este campo de estágio seria um local propício para o enriquecimento profissional e pessoal, permitindo futuramente desenvolver e/ou aperfeiçoar o cuidado à pessoa em situação crítica. Sendo este serviço uma referência nacional em matéria assistencial, formativa e investigacional, dependente de uma conceção moderna, fortemente motivadora, com recursos tecnológicos de vanguarda e recursos humanos adequados, aumentava a probabilidade de me deparar com a pessoa em situação crítica. Este serviço é uma unidade de cuidados intensivos nível III (Despacho n.º 8589/2018 do Diário da República), isto é, tem equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), um intensivista em presença física nas 24 horas e possibilita o acesso a meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica diferenciados. Este serviço tem a gestão e coordenação global do programa de ECMO do centro hospitalar a que pertence e mantém programas de atividade de referência como o centro de ARDS (Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda), o programa de reanimação cardiopulmonar extracorporal (E-CPR), bem como a responsabilidade no âmbito do programa de expansão da capacidade nacional de doação.

A área de internamento tem um formato em U, composta por 11 unidades de internamento, sendo um espaço amplo onde se encontram localizadas as unidades individuais, não havendo nenhuma divisória entre as camas. O facto de ser uma unidade aberta tem vantagens, uma vez que permite o contato visual permanente com as pessoas, conferindo maior monitorização e vigilância clínica. Contudo, o *open space* confere menor privacidade, maior perceção de ruído e maior probabilidade de infeção cruzada.

Apesar de nesta unidade o ruído ser difícil de controlar devido à entrada e saída de pessoas internadas, principalmente no turno da noite tentava sempre fazer o menor ruído possível, respeitando o padrão de sono da pessoa.

A dotação adequada de enfermeiros e o seu nível de qualificação e competência são aspetos cruciais para alcançar a segurança e qualidade do cuidado (OE, 2014). Segundo a OE (2014) o rácio adequado enfermeiro/pessoa numa UCI polivalente nível III é de 1/1. Nesta unidade o rácio máximo é duas pessoas por enfermeiro.

O plano de catástrofe desta unidade cumpre os critérios normativos (Ministério da Saúde, 2014). Face à complexidade inerente à UCI, esta funciona como zona vermelha, pelo que deve disponibilizar unidades de internamento com a maior rapidez em caso de ativação do plano de catástrofe. Logo que são contactados do nível 1 do plano de catástrofe, o médico e

o enfermeiro responsável devem avaliar as necessidades de admissão e proceder à mobilização de pessoas estáveis para outros serviços, devendo a saída das mesmas ser efetuada entre as unidades 7 e 8.

Além do objetivo geral supracitado, estabeleci como objetivos específicos:

- ✓ *Desenvolver competências no cuidado especializado à pessoa em situação crítica e sua família em cuidados intensivos;*
- ✓ *Promover a qualidade do cuidado no âmbito da integração de novos profissionais, em contexto de cuidado intensivo;*
- ✓ *Promover a qualidade do cuidado à pessoa em situação crítica no âmbito das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS).*

O primeiro objetivo específico surge na necessidade pessoal de alcançar um nível aprofundado de conhecimentos teóricos e práticos sobre o cuidado à pessoa em situação crítica e/ou sua família em ambiente de cuidados intensivos. De modo a alcançar este objetivo foi fulcral a integração na equipa de enfermagem e multidisciplinar, que considero rápida, não só pela receptividade de todos os profissionais, como também pela “exigência” do limite temporal do estágio.

Benner (2001) desenvolveu um modelo dinâmico de aquisição de competências identificando cinco níveis de competências na prática clínica de enfermagem: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Quando entrei na UCI o meu nível de competência era de iniciado avançado, uma vez que durante o meu percurso profissional já me tinha deparado com situações reais do cuidado à pessoa em situação crítica (Benner, 2001). É necessária experiência para reconhecer esses “aspetos” em situação real, especificamente os que abrangem o conjunto de características globais que são identificadas apenas graças às experiências anteriores (Benner, 2001). Sendo um serviço novo no seio da minha experiência profissional, e considerando que é uma unidade de cuidados intensivos polivalente (UCIP) que abrange tratamentos e técnicas muito diferenciadas, que lhe conferem a capacidade de assistir e monitorizar a pessoa em situação crítica, com diversas especialidades médicas, de forma contínua através de uma ampla gama de meios avançados e tecnológicos, inicialmente foi necessária adaptação e integração ao ambiente físico e à equipa multidisciplinar. Como o processo integrativo no seio da equipa é determinante para a adaptação à organização, penso que nas primeiras semanas, gradualmente, fui conhecendo a equipa, o espaço físico, a organização do

material, as situações de saúde-doença e técnicas/procedimentos mais comuns, e as rotinas do serviço; adquirindo autoconfiança para exercer a minha função e desenvolver competências.

Na segunda semana de estágio fiquei responsável pelo Sr. D., que estava internado após ida ao bloco de urgência central (BUC) para colocação de nefrostomia à direita devido a lesão renal aguda. No final do turno, como habitualmente, ocorreu a passagem de informações acerca das pessoas internadas no serviço e intercorrências ao longo do turno que terminara, de modo a assegurar a continuidade do cuidado (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005), tal como confia o *Artigo 83º - Do direito ao cuidado*, alínea d, do Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2015a). Quando a enfermeira orientadora me desafiou a transmitir a informação clínica aos colegas na passagem de turno, senti receio de me esquecer de transmitir alguma informação importante, pois sabe-se que, de acordo com a Direção-Geral da Saúde (DGS) (2017) as falhas na comunicação são, internacionalmente, as principais causas de eventos adversos na saúde, e que “até 70% destes eventos ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados” (DGS, 2017, p. 5). Porém, considerei que seria uma oportunidade de sedimentar competências na transmissão de informação, priorizando elementos chave, bem como de me integrar na equipa de enfermagem. Como a transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação (DGS, 2017) de modo a garantir a segurança da pessoa e a continuidade do cuidado, utilizei como estratégia a Técnica ISBAR. De forma objetiva, oportuna e completa considero que a informação foi compreendida pelo recetor após validação da mesma. Considero que revelei competências na realização do cuidado especializado, seguro e competente; cooperando na organização do trabalho, de modo a diminuir a probabilidade de erro humano, através da melhoria da informação para a tomada de decisão no processo de cuidar e da implementação de métodos de organização do trabalho adequado (UCP, 2020/2021).

Nas duas primeiras semanas houve, essencialmente, partilha do raciocínio clínico inerente à decisão com a enfermeira orientadora. Gradualmente desenvolvi o raciocínio clínico autónomo, através da minha proatividade. Num dos turnos da tarde, fiquei responsável pela Sra. M. que, após administração de clonidina, ficou hipotensa com tensão arterial sistólica na ordem dos 70-80 mmHg e pressão arterial média na ordem dos 55-60 mmHg. Sabendo que este medicamento é um anti-hipertensor que estimula os recetores adrenérgicos de

ação central, resultando na inibição do centro de aceleração cardíaca e de vasoconstrição (Deglin & Vallerand, 2009), tendo como efeito terapêutico a diminuição da pressão arterial e, sendo um dos seus efeitos adversos a hipotensão, dei conhecimento à equipa médica. Ficou combinado em equipa vigiar a próxima administração e, se acontecesse novamente o quadro de hipotensão teria de ser ajustada a dose ou suspender a administração de clonidina. Fui capaz de garantir a administração de protocolos terapêuticos, através do diagnóstico precoce de complicações deles resultantes, identificando prontamente focos de instabilidade e agindo em conformidade, para evitar/diminuir o risco de vida (UCP, 2020/2021).

Observei que a UCI era um local onde geralmente a pessoa estava despida e protegida apenas por um lençol, devido à necessidade de cuidado em situações de emergência. Existe evidência de que a experiência de internamento numa UCI, devido às suas características e rotinas, compromete o conforto da pessoa consciente devido à exposição do seu corpo, sentindo-se invadida na sua intimidade (Pupulim & Sawada, 2005; Baggio, Pomatti, Bettinelli, & Erdmann, 2011). Portanto, a perda de privacidade é uma condição de *stress* e sofrimento durante o internamento numa UCI. A preservação da privacidade é um direito da pessoa e um compromisso ético do profissional, que confere dignidade à pessoa internada numa UCI (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005). O respeito pela privacidade, intimidade e dignidade da pessoa foram valorizados, na medida em que sendo a UCI uma unidade *open space*, tive o cuidado antes da realização do cuidado de higiene no leito à Sra. H. colocar biombos entre as unidades e não expor o seu corpo por completo, mas por partes à medida que a mesma era realizada. A Sra. H. ficou mais tranquila e agradeceu a colocação dos biombos. Através desta experiência demonstrei que a minha tomada de decisão foi orientada segundo os princípios, valores e normas deontológicas, e garanti práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, nomeadamente fomentei o respeito pelo direito do cliente à privacidade, alcançando o cuidado humanizado (UCP, 2020/2021).

O cuidado de enfermagem neste serviço é realizado de forma individualizada à pessoa em situação crítica, utilizando-se como método de organização do cuidado o método de trabalho individual, onde a distribuição da responsabilidade pelo cuidado a uma pessoa durante o turno é atribuída a um enfermeiro (Verde, 2013). É favorecida a relação com a pessoa, permitindo a individualização e personalização do cuidado. Os problemas encontrados eram resolvidos em parceria com a pessoa, uma vez que esta é agente e

parceira nas decisões de saúde que lhe dizem respeito, devendo a intervenção do enfermeiro ser baseada no *ser com a pessoa*, através das suas experiências, ritmo e caminho que escolher (Kérrouac, Pepin, Ducharme, Duquette, & Major, 1996). Na terceira semana de estágio, no turno da tarde, fiquei responsável pelo Sr. J., que estava internado há cerca de uma semana devido a uma lesão abdominal após acidente de trator. No turno da manhã a equipa médica comunicou ao Sr. J. que este iria pela segunda vez ao BUC. No início do turno da tarde, quando me apresentei, reparei que este estava inquieto e com fáceis de desconforto. Sabendo que enquanto futura enfermeira especialista terei de estar atenta aos sinais não-verbais e descodificar os indícios que a pessoa me dá e deles extrair um significado que me ajude a melhor compreender a pessoa para melhor a ajudar (Phaneuf, 2005), apresentei-me, coloquei-me no seu campo de visão e questionei o que tinha acontecido. Tive sempre presente que *cuidar é dar-mo-nos como pessoas* (Reis, Costa, Jácome, & Candeias, 2016). Com o objetivo de estabelecer um cuidado humanista enquanto enfermeira especialista, tive a preocupação de não dominar a conversa, não ser a figura principal, e tentar acompanhar o Sr. J. na sua experiência de saúde (Watson, 2002a). Mantive um diálogo tranquilo ao nível do Sr. J., utilizei um tom voz baixo, com ritmo calmo e respeitei os momentos de silêncio, conseguindo que este ficasse menos agitado, potenciando a eficácia da nossa comunicação (Freixo, 2012). O Sr. J. referiu que iria ao BUC novamente e que tinha medo de não acordar. Utilizei a escuta ativa, tive em conta a diferença do escutar para o ouvir, e mostrei disponibilidade, interesse, observação da linguagem corporal e espírito crítico (Pereira, 2008). Ouvi os seus anseios e preocupações e tentei colocar-me no lugar do Sr. J., ser empática, considerando a empatia como a capacidade de compreender o que a outra pessoa está a experienciar a partir do seu quadro de referência, ou seja, a habilidade de me colocar no seu lugar (Hockenberry & Wilson, 2014), para alcançar um cuidado com respeito e dignidade. Apesar de eu própria ficar nostálgica com a situação do Sr. J., sinto que não demonstrei a minha ansiedade, tendo em atenção a linguagem não-verbal, uma vez que “o que a palavra não quer revelar, os olhos, os tremores dos lábios e o tamborilar dos dedos comunicam-no eloquentemente” (Phaneuf, 2005, p. 26). Treinando o domínio emocional, utilizei um discurso calmo e assertivo e expliquei o procedimento ao Sr. J., dissipando as suas dúvidas. Através da comunicação não estamos apenas a transmitir informações, mas sim, a integrar a pessoa no cuidado, como parceiros do mesmo (Silva D. M., 2002). Agi como parceira do cuidado individualizado, transmitindo a informação necessária de forma clara e objetiva. Este, no final da conversa, ficou aparentemente mais calmo e sorridente, o que demonstra que fui

competente na gestão dos sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente, aumentando a segurança da pessoa com o procedimento a realizar (UCP, 2020/2021). Demonstrei, ainda, conhecimento aprofundado em técnicas e estratégias facilitadoras da comunicação perante a pessoa em situação crítica, adaptando a mesma à sua complexidade (UCP, 2020/2021).

A comunicação que se estabelece é essencial, proporcionando apoio e tranquilidade pela informação dada sobre a sua situação. Para além da comunicação verbal, devemos dar atenção à comunicação não-verbal, uma vez que esta ocupa cerca de 55% da comunicação e pode indicar com maior precisão o que a pessoa quer transmitir, além das palavras que estão a ser ditas (Phaneuf, 2005). Na UCI existem pessoas ventiladas e por isso este modo de comunicação é muitas vezes priorizado, adotando-se estratégias facilitadoras como os gestos, o desenho, entre outras. O estabelecimento de estratégias de comunicação não-verbal foi marcante principalmente na pessoa sob ventilação mecânica invasiva, como por exemplo, o Sr. A., um jovem de 30 anos, submetido a cirurgia reconstrutiva facial, que estava com prótese mecânica ventilatória e com ligaduras que lhe cobriam a face, para além de apresentar edema peri-orbitário. Ao aperceber-me, pelo levantar da mão, que o Sr. A. queria comunicar comigo, fui capaz de gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica na pessoa com “barreiras à comunicação” verbal (UCP, 2020/2021) e lembrando as capacidades de um bom comunicador tentei “simplificar o que é complexo” oferecendo um papel e uma caneta e, este gradualmente escreveu “*diga à minha família que vou ficar bem*”. Através da utilização de diferentes estratégias consegui estar mais próxima da pessoa e fazer com que esta seja parceira no cuidado. Com estas experiências identifiquei evidências emocionais de desconforto na pessoa em situação crítica e agi em conformidade, para além de que desenvolvi competências no âmbito da comunicação com a pessoa em situação crítica, adaptando a mesma à complexidade da sua situação; e demonstrei conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa em situação crítica (UCP, 2020/2021).

O internamento numa UCI, na maioria dos casos, é um evento inesperado e uma situação geradora de *stress*, não só para a pessoa em situação crítica como para a sua família/cuidador, uma vez que implica uma transição, isto é, uma passagem de um estado ou condição para outro (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000) que acarreta mudanças no ciclo familiar, alterações de papéis e implica adaptação. O resultado da transição é influenciado, de forma positiva ou negativa, pelo significado que cada pessoa

atribui ao evento, pelo seu contexto sociocultural, estatuto socioeconómico, conhecimento prévio, mas também pelos recursos comunitários e sociais (Meleis, 2010). Devido à pandemia por SARS-CoV-2 as visitas na UCI estavam a ser muito limitadas, sendo apenas permitidas através de autorização da chefia, estando o acesso limitado às pessoas significativas. Este aspeto leva a que haja uma rutura com o suporte social, ficando a pessoa em situação crítica “forçada” a recorrer aos profissionais de saúde (Castro, Vilelas, & Botelho, 2011). A intervenção do enfermeiro torna-se crucial, não esquecendo que só o vínculo baseado na confiança permite o cuidado individualizado, minimizando o impacto da hospitalização. Num dos turnos, fiquei responsável pelo Sr. B., um adulto que tinha sido transferido do hospital do Algarve para intervenção coronária de urgência. Era notória a ansiedade e o sofrimento que sentia por não ter por perto os seus entes queridos. De modo a dissipar a distância física e garantir a comunicação entre o Sr. B. e a sua família, sugeri a utilização de meios telemáticos, através do contacto telefónico e visualização da esposa pelo *whatsapp* (DGS, 2020b). Ficou sorridente e, no final da conversa com a esposa, visivelmente mais tranquilo. Através desta experiência reconheci o impacto das transições na relação terapêutica junto da pessoa e família e, garanti um ambiente terapêutico com o envolvimento da família no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais (UCP, 2020/2021).

Considero que sempre tive uma atitude interessada, atenta e adequada à individualidade da pessoa e ao seu contexto, analisando os fatores que o influenciam. Foram realizadas intervenções de enfermagem com a finalidade de alcançar o conforto da pessoa, uma vez que este estava prejudicado pela dor (Sousa, 2013). O conforto da pessoa foi o resultado desejável da minha intervenção. Consegui identificar evidências fisiológicas e emocionais de conforto prejudicado (NANDA-*International*, 2018), nomeadamente através da avaliação de parâmetros hemodinâmicos, como aconteceu com o Sr. H., um jovem politraumatizado com lesão cervical de C3, que tinha de ser mobilizado em bloco. Ao realizar o cuidado de higiene e conforto no leito, quando estava em decúbito lateral direito, constatei agitação dos membros superiores e observei no monitor cardíaco o aumento da sua frequência cardíaca e frequência respiratória, pelo que foram adotadas medidas farmacológicas (bólus de propofol) e não-farmacológicas (posicionamento em bloco para decúbito dorsal, toque terapêutico, promovendo o apoio e segurança através do contacto pele a pele, bem como um discurso calmo) para alívio da dor (OE, 2018b). Ficou visivelmente menos agitado e a sua frequência cardíaca e respiratória diminuíram.

Considero que desenvolvi a competência de gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica, identificando inicialmente evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar e, posteriormente, otimizando a resposta através de medidas farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor (UCP, 2020/2021).

O aumento da segurança na utilização da medicação é um dos nove objetivos estratégicos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (Ministério da Saúde, 2015). Existe evidência que, em 8 a 10% das pessoas internadas em UCI, ocorrem incidentes devido à prática pouco segura na utilização da medicação (Ministério da Saúde, 2015). Num dos turnos, fiquei responsável pelo Sr. L., que regressou do BUC com hemoglobina de 6.8 g/dL e houve necessidade de administração de uma unidade de concentrado eritrocitário (CE). Quando entregaram o CE realizei dupla verificação de forma independente com a enfermeira orientadora, prevenindo a ocorrência de erros através do comportamento compensatório de uma segunda pessoa (DGS, 2015a; Schwappach, Pfeiffer, & Taxis, 2016). Com esta experiência assegurei a aplicação dos princípios que garantem a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares, nomeadamente, através da dupla verificação na administração de CE. Desenvolvi, ainda, uma prática profissional ética e legal, implementando medidas de prevenção e identificação de práticas de risco, bem como fui capaz de envolver os enfermeiros da UCI na gestão do risco associado à utilização da medicação (UCP, 2020/2021).

Os sistemas de informação em enfermagem permitem o registo da implementação e avaliação do cuidado, garantindo maior segurança na prescrição de intervenções e, consequentemente, na melhoria da qualidade do cuidado (Bailas, 2016). Existe evidência que a escassez ou inadequação dos registos comprometem a segurança e qualidade do cuidado, dificultando a continuidade do mesmo (Françolin, Brito, Gabriel, Monteiro, & Bernardes, 2012). Tive de me adaptar ao sistema informático, uma vez que na minha prática diária contato com o *ALERT*[®] e na UCI utilizam o *PICIS*[®], contudo considero que foi fácil a adaptação, uma vez que era muito intuitivo o próprio sistema. Através deste era possível descrever o processo de enfermagem (apreciação inicial, diagnóstico de enfermagem, planeamento, implementação e avaliação) e registar as intervenções realizadas. Este aspeto é crucial para a continuidade do cuidado e permite a visibilidade das intervenções de enfermagem realizadas, uma vez que o que não está escrito, não foi executado (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005). Considero que desenvolvi práticas de

qualidade e adaptei-me com facilidade a novos métodos de organização do trabalho, colaborando para a qualidade e segurança do cuidado (UCP, 2020/2021).

Desenvolvido o primeiro objetivo específico, descrevo, em seguida, as atividades que promoveram a consecução do segundo objetivo de estágio.

- ✓ *Promover a qualidade do cuidado no âmbito da integração de novos profissionais, em contexto de cuidado intensivo.*

Face à complexidade inerente à UCI, compreende-se que a integração dos profissionais neste contexto é crucial para a excelência do cuidado, pois o processo integrativo é determinante no sucesso de adaptação do profissional à organização e, conseqüentemente, ao seu desempenho, uma vez que promove a aquisição de autoconfiança no exercício das suas funções, a construção da sua identidade profissional e o desenvolvimento de competências (Carvalho, 2016). Devido à pandemia por SARS-CoV-2, existem enfermeiros que foram integrados na UCI no final do ano de 2019/início de 2020, e quando terminaram o seu processo de integração se depararam com uma realidade diferente através da integração da UCI numa unidade COVID-19, onde predominavam pessoas internadas do foro respiratório. Os enfermeiros que vieram reforçar as equipas neste contexto novo receberam integração nesta área. Contudo, desde Agosto 2020 que a UCI voltou a ser uma UCIP não-COVID, pelo que os enfermeiros recém-admitidos tiveram de se adaptar a uma nova realidade, a um serviço polivalente onde se assiste a pessoa em situação crítica, que recebe pessoas com as mais diversas especialidades médicas e características, e onde são implementadas técnicas e procedimentos invasivos e não invasivos complexos e altamente diferenciados.

Este campo de estágio foi importante para a escolha do fenómeno de estudo, uma vez que compreendi que havia alguns elementos novos no serviço, uns com experiência prévia, que conseguiam mobilizar os seus conhecimentos anteriores, e outros sem experiência. Tal como Benner (2001) defende quando integramos um serviço novo, o nível de competências na prática clínica de enfermagem altera, pelo que é importante que estes enfermeiros se sintam integrados para poderem responder em conformidade às situações complexas que lhes são exigidas. Achei pertinente focar a investigação neste sentido e desenvolvi o fenómeno como segundo objetivo específico.

Integrei um grupo de investigação, com duas colegas de mestrado e respetivas orientadoras. Na pesquisa preliminar do estado da arte constatámos um fenómeno

pertinente, mas pouco estudado na literatura (Linn, Caregnato, & Souza, 2019). Foi identificada uma lacuna na síntese do conhecimento (integração dos enfermeiros) que permitiu o desenvolvimento de competências de investigação (OE, 2018a), considerando uma das competências de mestre. Definiu-se a questão de partida e foi realizado o protocolo de investigação. Pela pesquisa preliminar, mobilizei alguns resultados para a prática através de conversas integradas no cuidado com a enfermeira orientadora e com alguns elementos da equipa, principalmente elementos mais novos no serviço, contribuindo para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem (OE, 2018a). Ao identificar que a M., uma enfermeira recém-admitida na UCI, tinha dificuldade no manuseamento da técnica ECMO, incorporando os resultados da pesquisa e recordando a capacidade de liderança dos orientadores que me serviram de modelo, procurei o seu próprio crescimento, aconselhando-a a recorrer à equipa de enfermagem, nomeadamente ao seu enfermeiro tutor, para que este lhe explicasse as particularidades desta técnica. Verifiquei, a semana seguinte, que a M. conseguiu estar mais segura no cuidado ao Sr. H., que necessitava de suporte ECMO.

Através da análise preliminar do estado da arte foi possível alertar a equipa que os elementos recém-chegados podem sentir-se mais stressados devido à complexidade das situações de saúde, técnicas e/ou procedimentos; bem como o lidar com a morte (Ballester-Arnal, Gómez-Martínez, Gil-Juliá, Ferrándiz-Sellés, & J.Collado-Boira, 2016; Yu, Qiao, & Gui, 2021), pelo que a implementação de estratégias facilitadoras seria benéfico. Apresentei algumas estratégias para a integração neste serviço tão complexo, nomeadamente a importância do trabalho em equipa e do enfermeiro tutor ser o responsável, do início ao fim, pela integração do novo profissional, transmitindo *feedback* sobre a prática diária (Silvestre, 2012; Ballester-Arnal, Gómez-Martínez, Gil-Juliá, Ferrándiz-Sellés, & J.Collado-Boira, 2016). O facto de este serviço ter elementos jovens potencia a integração de novos conhecimentos. Equipas com elementos de faixas etárias mais jovens apresentam, em geral, maior margem de progressão e um potencial de aquisição de novas competências, em resultado da sua ambição de progressão e evolução como profissionais, o que se reflete numa maior disponibilidade para saírem da zona de conforto nos comportamentos e atitudes (Silvestre, 2012).

Desenvolvido o segundo objetivo, descrevo, em seguida, as atividades que promoveram a consecução do terceiro objetivo de estágio.

- ✓ *Promover a qualidade do cuidado à pessoa em situação crítica no âmbito das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde.*

Segundo o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 criado pelo Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro de 2015 as IACS complicam o tratamento adequado da pessoa e são causa significativa de morbilidade e mortalidade, aumentando a utilização de recursos hospitalares e comunitários. Sabendo que, seguramente, um terço são evitáveis (Ministério da Saúde, 2015) através de boas práticas de cuidado, a gestão do risco é essencial, pelo que considerei pertinente desenvolver um terceiro objetivo específico neste âmbito.

De modo a alcançar este objetivo específico, mas com a consciência da importância de adaptar os conteúdos às necessidades dos enfermeiros, inicialmente procedi ao levantamento das mesmas junto da equipa (Apêndice III), quer através de conversas integradas no cuidado com a Enfermeira Orientadora, quer através da observação da prática. Com o levantamento destas necessidades percebi que a higienização das mãos e a descontaminação das portas de acesso a dispositivos intravasculares eram as principais não conformidades na equipa. Após autorização do chefe de serviço, com recurso a uma grelha de observação do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) do centro hospitalar, observei na prática dos enfermeiros dois dos indicadores da *bundle* da manutenção do cateter venoso central (CVC) (desinfecção das mãos antes de manusear o CVC e descontaminação dos acessos antes de aceder ao CVC). Da observação realizada (Apêndice III) constatei que 33.33% dos enfermeiros não realiza a higienização das mãos antes do manuseio do CVC e 41.67% não descontamina os acessos (torneira ou obturador) antes de aceder ao CVC por fricção com álcool a 70º ou solução alcoólica de clorhexidina. Considerei que a prevenção das infeções relacionadas com o CVC seria um tema pertinente para realizar uma sessão de formação, uma vez que tem impacto na prática clínica, pois representam cerca de 20% das IACS e atingem mais de 10% das pessoas internadas em UCI (DGS, 2015b; DGS & PPCIRA, 2015), para além de que sendo uma UCI há aspetos que devem ser valorizados, nomeadamente a higienização das mãos, uma vez que estas são o principal fator de transmissão de infeções.

Face a estas situações de não conformidade, identificadas como oportunidades de melhoria da prática, foi realizada pesquisa documental sobre as orientações da DGS e do PPCIRA do centro hospitalar relativo à manutenção do CVC e estruturado um plano de formação (Apêndice IV). Posteriormente, divulgada a sessão (Apêndice V) para promover a mesma

junto da equipa de enfermagem através de um cartaz exposto na sala de trabalho. A sessão de formação, com duração de 20 minutos, foi realizada dia 22 e 24 de Outubro de 2020 na sala de passagem de turno, na transição do turno da manhã para a tarde e posteriormente na transição da tarde para a noite de modo a abranger o maior número de enfermeiros possível (18 enfermeiros formados no total, perfazendo 75% dos enfermeiros da UCI). O objetivo era proporcionar um momento de partilha de experiências e conhecimentos, permitindo a reflexão da prática diária, pelo que apresentei diapositivos simples com pouca informação para captar a atenção dos formandos e potenciar a discussão, através dos resultados das observações (Apêndice VI). Primeiro apresentei o fenómeno em estudo, em seguida, de forma intencional, confrontei os enfermeiros com os valores da sua prática (observações realizadas) com os valores nacionais, o que motivou o interesse dos formandos para as orientações da DGS que expus na fase final da apresentação.

Momentos antes do início da primeira sessão apoderou-se de mim os mais variados pensamentos e sentimentos, tendo em conta o desconhecimento da receptividade e validação da pertinência do tema por parte dos formandos, bem como questões relativas à autoconfiança e capacidade pedagógica. Contudo, considerei que seria uma oportunidade de sedimentar competências enquanto futura enfermeira especialista, uma vez que segundo a OE (2019), integra-se em competências comuns do enfermeiro especialista: desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; garantir um ambiente terapêutico e seguro; assegurar o domínio da gestão de cuidados, devendo adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto de modo a garantir a qualidade do cuidado; garantir o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, baseando a sua prática em evidência científica. Igualmente, segundo o Regulamento n.º 429/2018 das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica definidas pela OE, uma das competências do enfermeiro especialista é maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica. No início da sessão, embora me encontrasse nervosa sinto que não demonstrei a minha ansiedade, tendo em atenção a linguagem não-verbal, uma vez que o que as palavras não dizem, o balançar do corpo e a forma como se está na interação com o outro diz muito do que queremos transmitir (Phaneuf, 2005). Um bom pedagogo tem de ser humilde, mas autoconfiante e mostrar respeito pelos outros, focando-se nas suas necessidades. Para aliviar o *stress* e me ambientar à presença dos formandos utilizei como

estratégia facilitadora a apresentação inicial, isto é, para quebrar o gelo comecei por me apresentar e agradecer a disponibilidade por me estarem a ouvir. Posteriormente, mantendo o contato visual com os formandos, para que percebessem que eram o centro das minhas preocupações, referi quais os objetivos da sessão e contextualizei a situação, apresentando dados estatísticos da prática dos enfermeiros que me levaram a optar por este fenómeno. Sinto que no momento em que apresentei um gráfico com os valores nacionais da média da taxa de incidência de bacteriemia associada ao CVC (Apêndice III) e realizei a comparação com os valores da UCI no ano de 2019 (Anexo I) consegui captar, ainda mais, a atenção de todos, uma vez que perceberam que a taxa de Infecção Nosocomial da Corrente Sanguínea (INCS) relacionada com CVC foi de 1.5% no serviço, enquanto que a infeção associada ao cateter intravascular central em UCI de adultos, a taxa de incidência por 1000 dias de cateter em 2017 foi de 0,9% (Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos, 2018). Assim, através da comparação de dados da UCI com dados nacionais, baseados em evidência científica, considero que estimei os enfermeiros a desenvolver uma análise crítica sobre o cuidado que realizam diariamente motivando-os para um desempenho diferenciado. Segundo as recomendações para prevenção da infeção associada aos dispositivos intravasculares (Ministério da Saúde & Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2006), as taxas de INCS podem ser influenciadas por fatores de risco intrínseco da pessoa cuidada, tais como tipo e gravidade da doença, assim como os parâmetros relacionados com o cateter, nomeadamente as condições em que foram colocados e o tipo de cateter ou o local de colocação. Posto isto, e sendo um dos meus objetivos específicos do projeto de estágio a promoção da qualidade do cuidado à pessoa em situação crítica no âmbito das IACS, tornou-se essencial refletir se a intervenção do enfermeiro poderia fazer a diferença na prevenção e controlo das IACS nomeadamente nas infeções relacionadas com o CVC. Transmiti que os enfermeiros têm um papel fundamental no controlo de infeção porque cerca de um terço das IACS são evitáveis (Ministério da Saúde, 2015) e as potenciais fontes de contaminação dos dispositivos intravasculares são as mãos dos profissionais (Ministério da Saúde & Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2006). Compreende-se, então, que as colonizações do cateter e as infeções da corrente sanguínea associadas a cateteres vasculares (IACV), são eventos potencialmente evitáveis, uma vez que representam vias de transmissão exógenas, pelo que se torna de extrema importância o desenvolvimento de boas práticas na prevenção e controlo da infeção. Esta pode ser prevenida através da implementação de *bundles* ou “feixes de intervenção” (DGS, 2015b), isto é, através de um conjunto de

intervenções que quando utilizadas de forma integrada permitem um melhor resultado, do que a mera adição do efeito de cada uma das intervenções realizadas individualmente (DGS, 2015b).

O *feedback* dado pelos enfermeiros, após a primeira sessão, contribuiu para aumentar a minha confiança e realizar as outras duas sessões com maior segurança. Com as três sessões realizadas alcancei 18 enfermeiros, num total de 26 enfermeiros da UCI, tendo disponibilizado à enfermeira orientadora, responsável pela formação em serviço, os diapositivos com o compromisso de esta transmitir posteriormente a informação pertinente aos restantes colegas, para além de fornecer o meu contato para eventuais esclarecimentos que pudessem surgir. No final de cada sessão de formação avalei a satisfação com a mesma através de um questionário de avaliação da sessão (Apêndice VIII) para compreender, essencialmente, se esta foi útil, na opinião dos enfermeiros, para o seu cuidado futuro. Das avaliações realizadas (Apêndice VII), após análise dos questionários constatei que em 18 participantes, 89.89% considerou a sessão BASTANTE útil para o seu desempenho futuro e, 11.11% considerou-a MUITO útil. O meu objetivo através da realização desta sessão de formação foi concluído com sucesso.

Apesar do misto de sentimentos e emoções que senti no momento inicial, considero como pontos positivos, ter adotado uma postura profissional e ter conseguido transmitir toda a informação de forma sucinta e objetiva, com a utilização de um discurso calmo e assertivo, conseguindo captar a atenção dos enfermeiros. Sabe-se que o enfermeiro tem na sua essência o contacto com o outro, seja no cuidado, seja na orientação de novas condutas e procura na participação dos pares na construção de planos e projetos (Balsanelli & Cunha, 2006). A dimensão relacional assume uma componente essencial, uma vez que é através de diferentes pontos de vista, histórias vivenciadas e uma relação aberta, empática e disponível, que é possível criar um clima facilitador e potenciador de enfermeiros capazes e autónomos (Cunha, et al., 2010). No final da sessão foi possível esclarecer dúvidas e permitir a reflexão das práticas de cada um, concluindo que, nem sempre, o cuidado é de excelência.

Considero que foi bastante pertinente e fundamental para a qualidade do cuidado ter participado durante o estágio como organizadora e formadora de uma sessão de formação, no âmbito das IACS, de modo a *promover a formação em serviço na sua área de especialização* (UCP, 2020/2021). Através de instrumentos de observação da prática pude avaliar, inicialmente, a qualidade da mesma e, posteriormente, realizar uma sessão de

formação adaptada, com recurso à evidência científica e normas atuais, expondo à equipa os resultados da avaliação efetuada e identificação de oportunidades de melhoria da prática e estratégias para colmatar as mesmas. Com esta sessão fortaleci competências enquanto formadora, nomeadamente de comunicação em equipa e liderança, sendo esta o processo de dirigir e influenciar as atividades de cada enfermeiro de modo a fazer face à mudança, desenvolvendo uma visão de futuro e implicando os elementos da equipa, inspirando-os a enfrentar obstáculos e dificuldades, fomentando a qualidade do cuidado (Balsanelli & Cunha, 2006; UCP, 2020/2021).

Face à pandemia por COVID-19 e sendo a UCI atualmente uma UCIP não-COVID, é realizado teste para pesquisa de SARS-CoV-2 às pessoas antes de serem admitidas. Contudo, as pessoas aqui internadas antes de serem transferidas para outro serviço ou para realização de certos exames complementares de diagnóstico ou ida ao bloco operatório têm de realizar nova zangaratoa oro/nasofaríngea para controlo de SARS-CoV-2 negativo. Segundo a Norma 007/2020 de 29/03/2020 - Prevenção e Controlo de Infecção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI) (DGS, 2020a), o vírus pode-se transmitir por gotículas respiratórias; contacto direto com secreções respiratórias infecciosas, fezes ou superfícies contaminadas; ou por via aérea aquando nos procedimentos geradores de aerossóis; para além de que os testes de pesquisa de SARS-CoV-2 “a partir de zangaratoas de exsudado nasal ou faríngeo podem ter até 30-40% de falsos negativos” (Ribeiro, et al., 2020, p. 58). Torna-se imperativo que o profissional adote medidas eficazes e seguras na realização do teste para pesquisa de SARS-CoV-2. Sendo elo de ligação com o PPCIRA do centro hospitalar a que pertence e trabalhar num serviço onde se realiza diariamente inúmeros testes para pesquisa de SARS-CoV-2 estava mais atenta a esta realidade e observei algumas não-conformidades na utilização do EPI adequado para o procedimento gerador de aerossóis. Considera-se um procedimento gerador de aerossóis a entubação traqueal, colheita de amostras respiratórias por zangaratoa naso ou orofaríngea ou aspiração orofaríngea de secreções, entre outros (DGS, 2020a). Ao observar a prática profissional dos enfermeiros na realização do teste para pesquisa de SARS-CoV-2 identifiquei uma situação de não conformidade no âmbito das IACS e identifiquei-a como uma oportunidade de melhoria para a prática. Atuei em conformidade, na medida em que alertei, através de conversas integradas no cuidado, para a importância do correto material a utilizar e as implicações da sua não utilização. Sendo um elemento externo à equipa, ao detetar esta situação procurei adotar uma atitude ponderada e nunca de confrontação, para

não causar desconforto ao profissional envolvido. Ao observar que a enfermeira iria realizar o procedimento apenas com um respirador FFP2, um par de luvas e uma bata descartável, alertei-a para a importância do uso correto de todo o EPI, incentivando a utilização de proteção ocular (viseira ou óculos), touca ou cogula e usar duplo par de luvas, sendo o par interno para cobrir a pele e o segundo, o par externo, como reforço da segurança no trabalho (DGS, 2020a). A enfermeira realizou o procedimento adequadamente e, no final em equipa discutimos o motivo da não utilização do EPI completo na UCI. Na base do pensamento desta não conformidade, os enfermeiros consideravam que não seria necessária a sua utilização porque a pessoa tinha testado negativo antes de ser admitida, este teste seria meramente de controlo e não por suspeita de infeção por SARS-CoV-2. Ao analisar as *guidelines* os enfermeiros compreenderam a necessidade da correta utilização de todo o EPI e desde aí equipavam-se corretamente para a realização dos testes. Esta experiência demonstra competências de supervisão na minha área de especialização e de liderança, através da análise crítica e reflexiva da prática dos enfermeiros, para além da capacidade de atuar como formadora oportuna em contexto de trabalho e agente na mudança de comportamentos e práticas, facilitando a aprendizagem (UCP, 2020/2021).

Foi possível demonstrar que estava integrada na equipa de enfermagem através da correta comunicação em equipa e da partilha do saber com a mesma. Em suma, o facto de ser elemento dinamizador na prevenção e controlo de infeção no meu contexto de trabalho e elo de ligação com o PPCIRA, com formação prévia na área, facilitou a atuação como formadora nesta área do conhecimento no contexto de estágio da especialidade. Tive um papel ativo e dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas, mobilizando conhecimentos para garantir a melhoria contínua da qualidade. Consegui mobilizar para este contexto competências que já possuía e desta forma melhorar o cuidado de outros profissionais, bem como aperfeiçoar a experiência na área da gestão de programas de qualidade, através da organização da unidade e cumprimento de normas e protocolos (UCP, 2020/2021).

Concluindo, embora possuísse algumas competências prévias no cuidado à pessoa em situação crítica, este contexto clínico foi muito enriquecedor uma vez que contactei com uma realidade nova e com determinados equipamentos de suporte de vida que, apesar de conhecer na teoria, nunca tinha tido a oportunidade de aplicar na prática, como por exemplo, a técnica de hemodiafiltração veno-venosa contínua.

2.2. Num Serviço de Urgência Central

O estágio decorrido num SUC de adultos, de uma instituição de referência na área metropolitana de Lisboa, foi desenvolvido no período de 28 de Outubro de 2020 a 19 de Dezembro de 2020, com um total de 180 horas de contacto distribuídas em horário de *roulement*, com turnos de manhã, tarde e noite.

Os serviços de urgência e emergência são serviços multidisciplinares e multiprofissionais que visam o cuidado em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas (Ministério da Saúde, 2002), como “a receção, diagnóstico e tratamento de doentes acidentados ou com doenças súbitas que necessitem de atendimento imediato em meio hospitalar” (UIE/ACSS, 2015, p. 1). Consideram-se situações de urgência e emergência as que exigem uma intervenção médica imediata (Ministério da Saúde, 2002). Distinguindo estes dois conceitos, define-se urgência como uma situação onde existe risco de falência de funções vitais, enquanto a emergência corresponde a uma situação onde existe um risco de perda de vida ou da função orgânica, necessitando de intervenção num curto espaço de tempo, instalando-se a situação crítica se não for rapidamente reversível e necessitar de metodologias de suporte avançado de vida e de órgão (Ministério da Saúde, 2014). Sabe-se que nem todos os serviços de urgência dos hospitais nacionais têm as mesmas características ou capacidades. Segundo o Despacho n.º 10319/2014, quanto ao nível de responsabilidade e localização, a rede de SU integra os seguintes níveis de resposta, por ordem crescente de recursos e de capacidade: Serviço de Urgência Básico, Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico e Serviço de Urgência Polivalente (SUP). Em particular, este SUC onde estagiei classifica-se como um SUP, uma vez que representa o nível mais diferenciado de resposta às situações de urgência e emergência, oferecendo resposta de proximidade à população da sua área (Ministério da Saúde, 2014). A sua área de influência direta dá resposta a cerca de 310.000 habitantes da população de Lisboa e apoia ainda as várias especialidades diferenciadas médico-cirúrgicas não existentes nos Hospitais Distritais da sua área de influência, número que se traduz numa média de 500 pessoas admitidas por dia em todas as valências médicas e cirúrgicas. Para além dos recursos referentes a um serviço de médico-cirúrgica, o SUC também dá resposta a valências médicas, como neurocirurgia, imagiologia, medicina intensiva, cardiologia de intervenção/cateterismo cardíaco/angioplastia, entre outras.

A missão deste serviço é cuidar e salvar pessoas com patologia aguda com a qualidade profissional e técnica que um hospital central e universitário deve disponibilizar, com

dignidade e humanização e capacidade de resposta para os problemas humanos que por eles passam diariamente. Sendo um hospital universitário, a formação contínua está inerente à sua missão, pelo que este serviço associa a formação pós-graduada, ações de formação específica em áreas fulcrais do tratamento da pessoa urgente/emergente e participações regulares nas reuniões inter-unidades do centro hospitalar a que pertence.

A escolha deste local de estágio prende-se com a concretização de alguns objetivos profissionais e pessoais, para além de ser considerado uma referência nacional em matéria assistencial, formativa e investigacional, o que seria propício para o enriquecimento profissional e pessoal, permitindo futuramente desenvolver e/ou aperfeiçoar o cuidado à pessoa em situação crítica. É importante referir que este serviço possui uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) em gestão integrada e possui um heliporto, sendo também um centro de trauma assumindo a responsabilidade do tratamento sistematizado e definitivo da pessoa politraumatizada grave (Ministério da Saúde, 2014). Sendo um dos centros de trauma mais conceituados do país e visto que trabalho no SUPed do mesmo hospital, que recebe várias crianças politraumatizadas que são admitidas no SUC, considerei que a abordagem da criança politraumatizada poderia ser um aspeto a aprofundar e, futuramente, poder receber crianças politraumatizadas diretamente pelo SUPed. Para além destes aspetos, o SUC funciona como rede de referência para as quatro vias verdes (VV): VV AVC, VV Coronária, VV Sépsis e VV Trauma. Este processo de encaminhamento a partir das vias verdes “deve ser iniciado no local do evento ou da apresentação dos sintomas, devendo os sistemas hospitalar e pré-hospitalar garantir a continuidade e a integração de cuidados” (Ministério da Saúde, 2014, p. 20675). A integração do pré-hospitalar e do SU num sistema de urgência único e integrado é fundamental e conseguido através do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), beneficiando o aproveitamento das infraestruturas existentes e dos centros de qualidade já estabelecidos (Ministério da Saúde, 2014). Pode considerar-se que o SU é um dos alicerces do SIEM constituindo a interface entre os diversos níveis deste sistema, sendo que o seu funcionamento tem impacto na qualidade do cuidado à pessoa em estado agudo.

Em relação à estrutura física, este serviço está dividido na Urgência Não-COVID e na Urgência COVID. O SUC, composto por duas grandes áreas: o internamento ou serviço de observação (SO) composto por 16 unidades de atendimento e o ambulatório que inclui os seguintes setores: área de admissão e registo; área de triagem de prioridades; área de espera em cada setor; gabinetes de avaliação clínica em cada setor; sala de tratamentos em cada

setor; sala de emergência para a pessoa em situação crítica com condições para suporte avançado de vida e trauma (uma sala na área COVID, com capacidade para uma pessoa e, duas salas na área Não-COVID, num total de 3 unidades de atendimento); área de pequena-cirurgia; área de psiquiatria e área de ortopedia. Segundo uma circular informativa interna do centro hospitalar, o setor dos Verdes/Azuis encontra-se encerrado desde o início da pandemia por SARS-CoV-2, estando as pessoas com prioridade pouco urgente (verde) e não urgente (azul) a serem referenciadas aos cuidados de saúde primários. Em ambos os setores existe uma sala de triagem, com espaço de trabalho para 2 enfermeiros (área COVID) e/ou 3 enfermeiros (área Não-COVID) triarem ao mesmo tempo, consoante a afluência. Segundo o Despacho nº 19 124/2005 de 2 Setembro, de modo a diferenciar as pessoas que recorrem ao SU por gravidade clínica, utiliza-se o Sistema de Triagem de Manchester, que permite ao profissional atribuir não um diagnóstico, mas sim uma prioridade clínica (Ministério da Saúde, 2005). Este protocolo possui cinco níveis de prioridade com uma cor atribuída a cada um desses níveis (vermelho – emergência; laranja – muito urgente; amarelo – urgente; verde – pouco urgente e azul – não urgente), sendo que cada cor identifica o tempo máximo de espera indicado para o atendimento médico, respetivamente: vermelho – atendimento imediato; laranja – 10 minutos; amarelo – 60 minutos; verde – 120 minutos, e azul – 240 minutos (Grupo Português de Triagem, 2015). Contudo, os SU encontram-se sobrecarregados com casos não urgentes ficando comprometida a abordagem da pessoa no período de tempo considerado ideal.

Num SU o cálculo das dotações seguras depende do posto de trabalho, devendo o mesmo ser adaptado consoante o fluxo no decorrer do dia (OE, 2014). Sabe-se que atualmente, os SU têm representado a principal porta de entrada no sistema de saúde, apesar de que as queixas principais que levam as pessoas a procurar pelo atendimento poderiam ser resolvidas ao nível primário de cuidado à saúde (Guedes, Almeida, Ferreira, Júnior, & Chianca, 2014). A elevada afluência da população e por consequência a falta de recursos humanos e materiais é uma ameaça neste contexto. Consequentemente, a sobrecarga de trabalho, física e psicológica, devido à elevada afluência, bem como a impossibilidade de responder às necessidades das pessoas segundo os padrões de dignidade humana (Souza, Júnior, & Miranda, 2017) constituem fatores de *stress* dos enfermeiros. O *stress* envolvido no cuidado de emergência, devido ao contato com situações desafiadoras e imprevistas, pode aumentar a sobrecarga emocional e laboral dos enfermeiros (Yu, Qiao, & Gui, 2021).

Neste serviço trabalham cerca de 120 enfermeiros, sendo a equipa de gestão constituída por 2 enfermeiros: o enfermeiro chefe e o segundo elemento e, os restantes elementos estão divididos em 5 equipas, sendo que cada equipa é coordenada por um chefe de equipa. Em cada turno, o chefe de equipa tem a função de coordenar, gerir e otimizar o cuidado em cada setor, não ficando com um posto de trabalho atribuído para que possa dar resposta aos permanentes acontecimentos com maior eficácia, garantindo a segurança e qualidade do cuidado. Num dos turnos foi possível ficar com a Enfermeira Orientadora, que chefia uma das equipas, na coordenação do SU. Através desta experiência, consegui compreender a responsabilidade que o chefe de equipa tem para conseguir coordenar e otimizar o cuidado nos diferentes postos, desenvolvendo a competência de gestão e supervisão do cuidado. Esta experiência foi, ainda, uma mais-valia, na medida em que atualmente também exerço funções de chefe de equipa no serviço onde trabalho. Neste momento, sou capaz de otimizar o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades, consoante a afluência em cada posto, implementando métodos de organização de trabalho adequados para garantir a qualidade do cuidado (OE, 2015b).

O método de trabalho em equipa e a forma como os elementos interagem entre si é um fator diferenciador na qualidade do cuidado, uma vez que existe uma complementaridade dos conhecimentos e características dos enfermeiros mais experientes com os mais novos (Verde, 2013). O estabelecimento de uma relação profissional com a equipa multidisciplinar proporciona um melhor cuidado à pessoa, uma vez que a capacidade de uma equipa gerar resultados é superior ao somatório das capacidades de cada elemento que a integra (Souza, Peduzzi, Silva, & Carvalho, 2016).

O plano de catástrofe deste SU cumpre os critérios normativos, incluindo a resposta em situações multivítimas (Ministério da Saúde, 2014). Segundo o plano de emergência externa deste centro hospitalar, para ativação do mesmo, existem duas categorias de emergência: um acidente que implique o transporte para o SUC de 7 ou mais vítimas gravemente traumatizadas, num período de 60 minutos; ou um acidente que resulte de vários acontecimentos que, uma vez combinados, ultrapassem a capacidade normal de atendimento do hospital, originando os mesmos números. No período em que estagiei no SUC não houve necessidade de ser ativado o mesmo, mas o conhecimento da sua organização foi importante para estar a par do que fazer nestas situações.

Além do objetivo geral supracitado, estabeleci três objetivos específicos:

- ✓ *Desenvolver competências no cuidado especializado à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de urgência;*
- ✓ *Promover a qualidade do cuidado no âmbito da integração de novos profissionais, em contexto de urgência;*
- ✓ *Promover a qualidade do cuidado à pessoa em situação crítica no âmbito da comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.*

O primeiro objetivo específico surge na necessidade pessoal de alcançar um nível aprofundado de conhecimentos teóricos e práticos sobre o cuidado à pessoa em situação crítica e/ou sua família em ambiente de urgência. Este contexto requer intervenções atempadas num curto espaço de tempo, contudo, o exercício profissional do enfermeiro insere-se num contexto de atuação multiprofissional, adotando dois tipos de intervenções: interdependentes ou autónomas (OE, 2001), pelo que é essencial o trabalho em equipa. Para poder responder às necessidades da pessoa de forma adequada, o estabelecimento de uma relação profissional com a equipa multidisciplinar proporciona um melhor cuidado à pessoa, salientando a transmissão da informação à equipa de forma objetiva e estruturada, permitindo a continuidade do cuidado (DGS, 2017). Para alcançar este objetivo, a minha integração no seio da equipa de enfermagem e multidisciplinar tornou-se elementar e fundamental. Mais uma vez fui muito bem recebida por toda a equipa e, em particular, pela enfermeira orientadora. A integração neste contexto foi mais fácil devido à minha experiência profissional anterior, na medida em que diariamente também exerço funções num SU, embora pediátrico. Segundo Benner (2001) quando entrei no SUC o meu nível de competência enquadrava-se no estágio 3 – competente, uma vez que trabalho em contexto de urgência há mais de quatro anos e sou capaz de gerir prioridades e tomar decisões, bem como agir eficazmente sob a pressão e o imprevisto.

Considerarei que seria pertinente focar a minha observação e cuidado na sala de reanimação (SR) que tem acesso direto a partir da entrada, sem necessidade de passagem da pessoa por outros espaços funcionais. Esta sala confere apoio urgente ou emergente à pessoa em situação crítica, apresentando condições para suporte avançado de vida e trauma, pelo que seria expectável que pudesse desenvolver e/ou aperfeiçoar um maior leque de competências no âmbito da pessoa em situação crítica. A ativação da equipa pode ser feita através da campanha de aviso a partir da entrada, sendo utilizados códigos consoante o tipo de equipa médica necessária: um toque medicina, dois toques cirurgia. Na SR é expectável que, devido à transição de um estado estável para instável na dicotomia saúde-

doença, o índice de gravidade da pessoa cuidada seja maior que noutros setores da urgência. Segundo Meleis (2010), o enfermeiro interage com a pessoa que está a experienciar uma situação de saúde-doença, devendo ser considerado o seu contexto sociocultural. A interação entre o enfermeiro e a pessoa organizam-se em torno de uma intenção que visa a promoção ou recuperação da sua saúde (Meleis & Trangenstein, 1994). Apesar de as visitas e acompanhamento da pessoa estar limitado devido à pandemia por SARS-CoV-2 torna-se essencial valorizar e gerir as emoções da família, bem como adaptar a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica. Num dos turnos fiquei responsável pela Sra. V., uma jovem de 37 anos que deu entrada no SUC com dispneia e desconforto torácico, sendo diagnosticada taquicardia supraventricular. A ansiedade, as dúvidas e os medos dos seus familiares eram evidentes no corredor, potenciados pelo facto de não lhes ter sido permitida a entrada e informado sobre a situação clínica da V. (Pires, 2020). Sabendo que estes sentimentos devem ser focos de atenção do enfermeiro especialista, visando o cuidado humanizador, questionei a enfermeira orientadora sobre a possibilidade de um familiar poder entrar na SR e observar a V.. Segundo a evidência 66,1% dos enfermeiros discordam da presença da família na SR em situações de arritmias (Batista, et al., 2017), contudo, a enfermeira orientadora consentiu e o marido entrou e esteve uns minutos na SR. Observou que a V. estava acordada, estável e foi-lhe explicado que após medicação o ritmo cardíaco da V. retornou ao ritmo sinusal, contudo precisava de vigilância nesta fase inicial, pelo que iria ficar umas horas no SO. O marido, inicialmente ansioso devido ao receio do risco de vida da V., ficou visivelmente mais calmo e foi uma componente essencial de suporte e apoio à V., para além de posteriormente, tranquilizar a restante família que se encontrava na sala de espera (Sá, Botelho, & Henriques, 2015; Batista, et al., 2017). Através desta experiência demonstrei conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela família; reconheci o impacto das transições na relação terapêutica junto da família; selecionei de forma adequada habilidades de relação de ajuda; e demonstrei uma tomada de decisão segundo a deontologia profissional, participando na tomada de decisão em equipa e envolvendo a família no cuidado (UCP, 2020/2021).

O facto de trabalhar num SUPed, onde a comunicação, quer com a criança/adolescente, quer com a família e/ou pessoa significativa que a acompanha, é um aspeto central no cuidado, potenciou o meu desempenho e o saber-estar profissional nestas situações mais delicadas, onde a comunicação verbal, mas essencialmente a não-verbal são fulcrais no

cuidado (Phaneuf, 2005). Reconheço a minha competência nesta área de atuação diária e desempenhei o papel de consultora neste sentido, uma vez que a comunicação estabelecida na pediatria é um elo facilitador para a comunicação no adulto (Hockenberry & Wilson, 2014). Sabe-se que a comunicação eficaz e terapêutica permite ao enfermeiro planejar e avaliar o cuidado numa relação de ajuda e em parceria com a pessoa (Phaneuf, 2005; Silva A. P., 2007). Num dos turnos da tarde entra uma criança de 6 anos, a L., ao colo da mãe, aos gritos, pela SR. Perante o aparato, e constatando que era uma criança, senti-me segura para abordar a mesma. Atendendo à metodologia ABCDE avaliei que a criança apresentava *rush* cutâneo, com via aérea permeável e respiração não comprometida. Como dos elementos que estavam presentes, eu era a que estava mais familiarizada com a punção venosa nesta faixa etária, tomei a iniciativa de puncionar a criança. Como a L. estava hemodinamicamente estável, através de estratégias não-farmacológicas para alívio da dor antes do procedimento, expliquei-lhe o que iria fazer com um discurso adequado à sua faixa etária e permiti que pudesse tocar no garrote antes de o colocar, para dissipar o medo. Descentrando o cuidado da tecnicidade e da doença para a relação de ajuda (Silva D. M., 2002), criei uma relação terapêutica a nível individual e familiar. À medida que abordava a criança não esqueci a mãe, visivelmente assustada com toda a situação. Enquanto realizava o procedimento com a criança, ia transmitindo à mãe que a L. estava a recuperar. Mais do que o simples saber-saber ou saber-fazer, considerei o saber-ser, quer comigo própria, quer com a pessoa cuidada e sua família (Silva D. M., 2002). Desta forma, efetivei o cuidado por meio da relação transpessoal (Watson, 2002b). Embora o cuidado de enfermagem privilegie, muitas vezes, a dimensão física através da execução de procedimentos técnicos, há que considerar o *core* da profissão, onde a enfermagem seja capaz de alcançar os aspetos emocionais e subjetivos atingindo a transpessoalidade, pela comunicação e empatia, permitindo que a pessoa confie no profissional (Saviato & Leão, 2016). Considero que desenvolvi a empatia, a capacidade de compreender os sentimentos da outra pessoa, baseando-me nos pilares cognitivos, comportamentais e afetivos (Saviato & Leão, 2016): mostrei preocupação com o sofrimento da pessoa e entendi as suas vivências através da linguagem verbal e não-verbal.

O facto de o SUC ser um centro de trauma permitiu que aperfeiçoasse competências neste domínio, uma vez que no meu local de trabalho apenas recebemos monotrauma. Foi uma mais-valia, uma vez que apesar de anteriormente ter realizado o curso *International Trauma Life Support* (ITLS) (Anexo II) não o “colocava” em prática e, neste contexto de

estágio, permitiu-me cuidar da pessoa em situação crítica vítima de trauma. Contactei com crianças politraumatizadas, pelo que nestas situações consegui mobilizar, novamente, para a equipa do SUC conhecimento e estratégias facilitadoras para o cuidado com a criança em situação crítica. Consegui ser um elemento de referência para os profissionais num cuidado que requeria um nível de competência correspondente à minha área, suscitando a reflexão sobre o processo de tomada de decisão. Num turno da tarde deu entrada na SR1 a M., uma adolescente de 17 anos que tinha sofrido uma queda da própria altura na aula de ginástica acrobática com trauma do membro superior esquerdo (MSE). Vinha acompanhada pelos bombeiros, em maca, com tala protetora no MSE. Sabe-se que o trauma é a doença do século XX e pode ser classificada como uma epidemia (Campbell & Alson, 2016). Em particular, o trauma na população infanto-juvenil tem impacto na mortalidade e morbidade e, acarreta consequências sociais (Schvartsman, Carrera, & Abramovici, 2005), para além de que representa 20% das admissões e dias de internamento hospitalar. Segundo o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) (2012), a abordagem da vítima traumatizada é um dos aspetos fundamentais de qualquer sistema de emergência, não só pela frequência, mas também pelo desafio que coloca aos profissionais. Quando ouvi uma maca a entrar na sala e posteriormente observei que seria uma pessoa vítima de trauma, inicialmente senti receio de não conseguir realizar uma abordagem especializada, mas perceber que era uma adolescente tranquilizou-me. Considerei, ainda, que seria uma oportunidade de sedimentar competências no cuidado à pessoa em situação crítica vítima de trauma, bem como de me integrar na equipa de enfermagem, pelo que avancei com a equipa e tomei a iniciativa na abordagem. Realizei a avaliação inicial da M. segundo a sequência ABCDE, de modo a determinar rapidamente a existência de situações de risco de vida (Campbell & Alson, 2016). Enquanto realizava a avaliação inicial, através da expressão facial e gestos da M. compreendi que o seu conforto estava comprometido, pela dor do MSE, incerteza do diagnóstico médico e não ter acompanhamento. Só por si, a admissão num SUC é uma situação geradora de *stress* por todos os equipamentos em redor e o ambiente “desconhecido”. Apesar de no SUPed ser possibilitado o acompanhamento da criança e/ou jovem por uma pessoa significativa (Instituto de Apoio à Criança, 2008), a M. deu entrada no SUC apenas com os bombeiros, havendo uma rutura com o seu suporte social, ficando “forçada” a recorrer aos profissionais de saúde. Sabendo que eu seria o seu principal apoio e que só o vínculo baseado na confiança permite o cuidado individualizado, minimizando o impacto da hospitalização, a comunicação que se estabeleceu foi crucial,

proporcionando apoio e tranquilidade pela informação dada sobre a situação de saúde-doença.

Na mesma situação, analisando outra vertente, a transição de saúde-doença refere-se a mudanças súbitas de papel que resultam na alteração de um estado de bem-estar para uma doença aguda ou crónica ou, de um estado de cronicidade para um estado de bem-estar (Meleis, 2010). Consegui enquanto enfermeira ser agente facilitadora do processo de transição, não esquecendo a importância da relação de ajuda; estive disposta a ouvir a pessoa, compreendi as suas experiências e os significados que lhe são atribuídos, pois a pessoa foi fonte privilegiada de informação (Collière, 2003). Considero ter preparado e informado a M. para o processo de aquisição de novas competências relacionadas com a transição que experienciava (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000), capacitando-a para a tomada de decisão. Face a esta situação indutora de *stress*, fui capaz de capacitar a M. para a utilização de estratégias que permitiram superar os sintomas geradores de instabilidade e adaptar-se, assim, à nova condição de saúde-doença imposta. Estas estratégias foram desenvolvidas através de mecanismos de *coping*, isto é, pela capacidade de “gerir o *stress* e ter uma sensação de controlo e de maior conforto psicológico” (OE, 2011, p. 46). Ciente destes pressupostos, apresentei-me à M. e através de um discurso calmo e assertivo, sem infantilizações visto que tinha 15 anos e nesta faixa etária não gostam de ser tratados como crianças (Hockenberry & Wilson, 2014), ouvi as suas preocupações, colocando-me no seu campo de visão e olhando-a diretamente nos olhos, numa atitude de disponibilidade (Phaneuf, 2005). Explicou-me que, para além da dor, estava com medo de não poder voltar a fazer ginástica e que não sabia o que lhe ia acontecer. Informei sobre o plano terapêutico que ia ser submetida e da importância para a sua recuperação. Não desenvolvi potenciais limitações decorrentes deste acidente de forma a não gerar esperança não realista (Pinto, 2011). Estas intervenções foram facilitadas pela administração de Paracetamol para alívio da dor e disponibilidade para responder a qualquer questão. Posteriormente, após todas as suas dúvidas estarem esclarecidas, foi realizada redução da fratura do antebraço esquerdo sob sedo-analgesia com midazolam e cetamina. Durante o procedimento verificou-se que a M. estava calma e capacitada para gerir esta situação de saúde-doença (Meleis, 2012). Há uma intenção na relação enfermeiro-pessoa, uma vez que o enfermeiro utiliza ações para promover ou recuperar a saúde (Meleis & Trangenstein, 1994). O facto de não a deixar sozinha, estar com ela de mão dada durante o procedimento da redução a meu ver foi fundamental para que ela

ficasse mais tranquila e relaxada, uma vez que o suporte das suas pessoas significativas não estava presente, sendo eu a pessoa de referência naquele momento e em quem ela podia confiar. Através desta experiência assisti com cuidado especializado a pessoa em situação crítica vítima de trauma e identifiquei evidências emocionais de desconforto e agi em conformidade; desenvolvi competências no âmbito da comunicação com a pessoa em situação crítica, adaptando a mesma à complexidade da sua situação; demonstrei conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo, para além de habilidades na gestão da sedo-analgesia. (UCP, 2020/2021).

O aperfeiçoamento de competências no transporte da pessoa em situação crítica foi um aspeto que alcancei conforme planeado, uma vez que a pessoa em situação crítica é frequentemente transportada da sala de emergência para unidades de cuidados intensivos, imagiologia ou bloco operatório e deste para salas de recobro ou para unidades de cuidados intensivos (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008). Qualquer transporte é considerado um risco para a situação clínica da pessoa, principalmente para a pessoa em situação crítica, que se encontra mais vulnerável a eventos adversos (Alabdali, Fisher, Trivedy, & Lilford, 2017; Considine, et al., 2019; Frost, Kihlgren, & Jaensson, 2019; Nascimento, 2020). Os eventos adversos ocorrem em 20 a 79,8% dos transportes intra-hospitalares, sendo que 4,2 a 8,9% requerem intervenções terapêuticas (Kwack, et al., 2018; Nascimento, 2020). Quando recebi um dos turnos da noite, estava na SR1 o Sr. A.L., 52 anos, que recorreu ao SUC, acompanhado pela VMER, por alteração do estado de consciência. Por suspeita de oclusão da artéria basilar *versus* mal epiléptico, havia indicação para transporte ao serviço de imagiologia para realização de Angio-TAC. O transporte do Sr. A.L. foi decidido pelo médico assistente (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008). Apesar da decisão do transporte ser um ato médico, este processo foi discutido em equipa, entre o médico, a minha orientadora e eu, refletindo os riscos e/ou benefícios do mesmo, uma vez que o período de transporte pode traduzir-se por grande instabilidade, podendo agravar o seu estado clínico e originar complicações que devem ser antecipadas. Embora este transporte envolvesse alguns riscos, justificou-se a sua concretização pela necessidade de realização de exames complementares de diagnóstico que não eram realizados no serviço onde se encontrava (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008). Planeámos o transporte, equacionando diferentes problemas, entre os quais a coordenação, estabilização, equipamento necessário e documentação. Para decidir a equipa que envolvia

o transporte (auxiliar, enfermeiro ou médico e enfermeiro), utilizámos a escala de avaliação para o transporte intra-hospitalar (Anexo III) (Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008). Perante um *score* 16, nível C, o Sr. A.L. foi acompanhado por médico e enfermeira (mais estudante da especialidade). Selecionei o monitor de transporte adequado, o equipamento (ressuscitador manual, fonte de oxigénio, ventilador de transporte), bem como validei a terapêutica necessária, prevenindo possíveis complicações. O Sr. A.L. foi transportado em segurança, sem qualquer alteração hemodinâmica.

Nesta mesma situação, após a chegada novamente à SR o Sr. A.L. apresentou bradicardia até 40 b/min, tendo administrado por indicação médica uma fórmula de atropina em miligrama, sem efeito, seguindo-se paragem cardiorrespiratória (PCR) em atividade elétrica sem pulso (AESP). A PCR é um acontecimento inesperado que se apresenta como uma das principais causas de morte em todo o mundo, afetando 55-113 pessoas por 100000 habitantes (INEM, 2017), sendo uma situação que exige da equipa multidisciplinar uma resposta imediata e eficiente com base em procedimentos específicos e devidamente enquadrados na cadeia de sobrevivência. Segundo a *American Heart Association (AHA)* (2012), a PCR com AESP é qualquer ritmo organizado ou semiorganizado mas que não tem pulso palpável, por exemplo, o ritmo sinusal ou o ritmo idioventricular. Quando percebi que o Sr. A.L. estava em PCR inicialmente senti incerteza de não conseguir realizar uma abordagem especializada. No entanto, considerei que seria uma oportunidade de sedimentar competências no cuidado à pessoa em situação crítica, bem como fortalecer a integração na equipa multidisciplinar, pelo que foquei-me na aprendizagem anterior do curso de Suporte Avançado de Vida (SAV) (Anexo II) e avancei, com segurança, com a equipa. Os procedimentos preconizados, se corretamente praticados, possibilitam a redução dos índices de morbimortalidade associados à PCR e aumentam a sobrevida da pessoa (INEM, 2017). O trabalho em equipa eficaz divide as tarefas para multiplicar as hipóteses de um bom resultado. O médico iniciou manobras de suporte avançado de vida de alta qualidade com reanimação cardiopulmonar durante 2 minutos, a enfermeira orientadora ficou responsável pela via aérea e eu pela medicação. Preparei e administrei 1 mg de adrenalina quando o *team leader* ordenou, validando a ordem antes da sua administração, mantendo a comunicação em circuito fechado. Houve retorno da circulação espontânea após o primeiro ciclo. Sabendo que o cuidado pós-reanimação é essencial e relaciona-se diretamente com a qualidade de vida pós-PCR (INEM, 2017), após estabilização,

transferimos o Sr. A.L. para a UCI, assegurando a continuidade do cuidado. Através desta experiência fui capaz de reconhecer os distintos e interdependentes papéis e funções de cada membro da equipa, nomeadamente numa situação de PCR, para além de identificar e responder de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade e executar cuidados técnicos de alta complexidade dirigido à pessoa a vivenciar processos de saúde-doença complexos e falência orgânica, demonstrando habilidades em SAV e, assim, assistir com cuidado especializado a pessoa em situação crítica (UCP, 2020/2021).

O facto de o SUC estar dividido em dois circuitos, COVID-19 e Não-COVID, permite a prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão nomeadamente por SARS-CoV-2. No entanto, sendo o SUC uma porta aberta e as pessoas em situação de emergência, regra geral, serem admitidas na SR do circuito Não-COVID, torna-se imprescindível salvaguardar condições de segurança antes da abordagem da pessoa em estado crítico maximizando a prevenção e controlo da infeção. Sendo elo de ligação com o PPCIRA desse centro hospitalar permitiu que fosse uma referência para a equipa que cuida da pessoa em situação crítica no âmbito da prevenção e controlo da infeção. Sabendo que não existem pessoas de risco mas procedimentos de risco (DGS, 2012), a utilização de EPI como precaução básica foi um aspeto que sempre valorizei e tentei transmitir a sua importância aos elementos da equipa que, por vezes, não usavam bata ou avental na abordagem da pessoa em situação crítica. Tinha o cuidado de estar equipada um respirador FFP2, bata ou avental, luvas e viseira na abordagem da pessoa na sala de reanimação, agindo como referência e modelo para a equipa.

O crescente registo e circulação de informação clínica via eletrónica é proporcional ao risco de comprometer a segurança e privacidade da pessoa (Araújo, 2007). Fui capaz de desenvolver uma prática profissional ética e legal agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional. Assumindo a defesa dos direitos humanos (OE, 2018a), atendi ao direito da pessoa à confidencialidade de toda a informação clínica e/ou elementos identificativos que lhe dizem respeito e, garanti a proteção da informação contra o acesso não autorizado (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005). Neste SUC, o processo clínico da pessoa está informatizado e por vezes há o hábito de deixar a sessão ligada junto da pessoa quando nos ausentamos, contudo, sabendo que esta prática é um risco, adotava uma conduta antecipatória para garantir a segurança da informação, privacidade e confidencialidade da pessoa cuidada e, tinha o cuidado de quando me ausentava da SR, desligar o *ALERT*[®] prevenindo o acesso indevido na minha ausência.

Reforçando a garantia do direito da pessoa à confidencialidade da informação transmitida, utilizava na sua abordagem um tom de voz baixo para salvaguardar a transmissão de informações que só àquela pessoa diziam respeito. Através da prática segura sensibilizei os enfermeiros para a adoção de medidas para a segurança de dados pessoais e registos e, assegurei a confidencialidade e segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional (UCP, 2020/2021).

Desenvolvido o primeiro objetivo, descrevo, em seguida, as atividades que promoveram a consecução do segundo objetivo de estágio no SUC.

- ✓ *Promover a qualidade do cuidado no âmbito da integração de novos profissionais, em contexto de urgência.*

Foi possível disseminar os resultados da investigação realizada através da apresentação dos resultados preliminares da *Scoping Review* em formato de *poster*, com críticas positivas por parte das professoras orientadoras. O primeiro *poster* (Apêndice X) foi apresentado no *III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem* realizado pela UCP (Anexo IV) e, o segundo (Apêndice XII) foi apresentado nas *X Jornadas Nacionais e VIII Jornadas Internacionais de Enfermagem da Escola de Enfermagem de Lisboa do Instituto de Ciências de Saúde da UCP* (Anexo V). Os resumos para submissão de ambos os *posters* encontram-se detalhados, respetivamente, nos Apêndices IX e XI.

Afaf Meleis (2012) defende que qualquer transição deve ser objeto de estudo da enfermagem. O enfermeiro ao transitar de um contexto para outro experiencia uma transição situacional, pois esta relaciona-se com a mudança de papéis nos diferentes contextos, envolvendo mudanças a nível do contexto social (Schumacher & Meleis, 1994). As respostas humanas envolvidas nas transições geradas, neste caso, por eventos significativos da vida, como a transição de um local de trabalho para outro, exigem adaptação (Meleis, 2012). Embora o enfermeiro seja perito num dado contexto, ao transitar para outro contexto, retorna ao nível de competência iniciado-avançado, uma vez que já experienciou situações reais e é capaz de identificar os “fatores significativos que se reproduzem em situações idênticas” (Benner, 2001, p. 50). A alteração de papel através da mobilização de profissionais entre serviços ou o iniciar da atividade profissional num SUC é uma realidade que impõe desafios aos enfermeiros e requer que estes se sintam informados sobre os recursos disponíveis para poderem prosseguir com uma transição saudável. Sabe-se que no decorrer da experiência de transição a pessoa deve sentir-se

situada, isto é, ser parte integrante do contexto em que se encontra inserida (Santos, et al., 2015) para se adaptar ao novo ambiente envolvente. Para tal, é imprescindível a correta integração no novo serviço, nomeadamente à equipa, ao espaço físico e/ou organizacional.

Devido à pandemia por SARS-CoV-2, existem enfermeiros que vieram reforçar as equipas neste contexto e foram integrados num SU com características específicas face ao panorama atual do cuidado, uma vez que existem diferentes circuitos para a pessoa consoante a queixa de admissão. No dia em que fiquei com a enfermeira orientadora de coordenação e gestão do SUC compreendi que, em alguns turnos, o enfermeiro chefe de equipa tem dificuldade em distribuir os enfermeiros pelos diferentes postos de trabalho devido à juventude da equipa.

A juventude da equipa pode ser uma ameaça, tendo de ser colmatada com a motivação da mesma em adquirir competências específicas, nomeadamente num serviço de cuidado à pessoa em situação crítica. Em particular, face à complexidade inerente ao SUC compreende-se que a integração dos profissionais neste contexto é crucial para a excelência do cuidado, pois o processo integrativo influencia a adaptação e desempenho do enfermeiro ao serviço (Carvalho, 2016). Conhecedora da dificuldade que é iniciar a atividade profissional num SUC, uma vez que iniciei o meu percurso neste contexto, decidi criar um manual de integração para os novos profissionais. Contudo, após discutir esta temática com a enfermeira orientadora compreendi que já existia um grupo responsável pela elaboração deste manual, pelo que achámos pertinente fornecer um guia com uma síntese dos resultados preliminares da *Scoping Review* realizada com as principais estratégias que podem facilitar a integração dos enfermeiros (Apêndice XIII), de modo a complementar o trabalho já construído com a evidência mais atual e facilitando a transferência do conhecimento para a prática.

Atualmente, o cuidado é cada vez mais complexo devido, em parte, à tecnologia envolvente e à diferenciação de especialidades e técnicas, pelo que os profissionais de saúde e, em particular os enfermeiros, assumem o compromisso da proteção da pessoa, a responsabilidade pela segurança do cuidado e, conseqüentemente, a garantia da excelência do cuidado.

Desenvolvido o segundo objetivo proposto para o estágio no SUC, descrevo, em seguida, as atividades que promoveram a consecução do terceiro objetivo.

- ✓ *Promover a qualidade do cuidado à pessoa em situação crítica no âmbito da comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.*

O relatório *To err is human* do Instituto de Medicina Americano impulsionou o movimento em torno da segurança da pessoa. Em todo o mundo esta tem sido uma preocupação central dos sistemas de saúde, sendo um indicador da qualidade do cuidado. Os erros relacionados com o cuidado têm impacto na vida das pessoas, uma vez que influenciam a morbidade e a mortalidade. Ocorrem frequentemente incidentes, graves, que podem ser evitados, contudo, a causa por detrás destes não se deve à falta de competência técnica dos profissionais envolvidos, mas sim a defeitos da organização e/ou comunicação (Ministério da Saúde, 2015).

A comunicação é, assim, um pilar essencial na segurança da pessoa, principalmente no momento de transferência da responsabilidade do cuidado, como é exemplo a passagem de turno ou a transferência da pessoa para outro serviço ou instituição, de modo a assegurar a continuidade do cuidado (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005) tal como confia o *Artigo 83º - Do direito ao cuidado*, alínea d, do Código Deontológico do Enfermeiro. Há que garantir uma comunicação precisa para que a informação seja transmitida de forma correta e perceptível. Durante a comunicação podem ocorrer lacunas que quebram a continuidade do cuidado, e podem levar ao tratamento não adequado (Cavaco & Pontífice-Sousa, 2014; *The Joint Commission*, 2020), fomentando os incidentes com dano para a pessoa (Ministério da Saúde, 2015). As falhas na comunicação constituem uma das principais causas de eventos adversos a nível internacional, sendo que “70% destes eventos ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados” (DGS, 2017, p.5). A literatura demonstra ainda que cerca de 75% destes eventos adversos resultam em morte da pessoa (Barry, 2014).

Segundo o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 um dos objetivos estratégicos é *aumentar a segurança da comunicação*. Para alcançar a efetividade da comunicação na transição de cuidados de saúde deve-se padronizar a mesma, definir uma forma clara de transmitir o que vai ser comunicado e como, estruturando a informação. A comunicação eficaz em saúde requer conhecimento e competência, uma vez que o enfermeiro deve saber como, quando e o que falar (DGS, 2017). É ainda mais essencial em contextos de alto risco como serviços de urgência, medicina e pediatria (Eppich, 2015). Em particular, o setor de urgência e emergência é um local de alto risco para a ocorrência de eventos adversos, devido à rotatividade e dinâmica de atendimento, pelo número reduzido

de recursos humanos e materiais, pela sobrecarga de trabalho e pelo *stress* profissional e ambiental (Filho, et al., 2012; Costa, 2017).

Sendo o SUC um local onde a pessoa está em situação vulnerável e atendendo que a comunicação eficaz é fundamental para a continuidade e qualidade do cuidado, considerei pertinente desenvolver um terceiro objetivo específico neste âmbito.

De modo a alcançar este objetivo, tendo a consciência da importância de adaptar os conteúdos às carências dos profissionais, inicialmente procedi à identificação das necessidades da equipa no âmbito da comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde (Apêndice XIV), através de conversas integradas no cuidado com a enfermeira orientadora e da observação da prática, com recurso à norma n.º 001/2017 - *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*, da DGS. Após autorização da chefia, realizei 18 observações aleatórias (Apêndice XIV) em três sectores específicos (6 em cada setor: SR, Setor Laranjas (L) e SO). Constatei que a totalidade dos enfermeiros identificou a pessoa (*Identificação* - 100%), a maioria descreveu o motivo atual de necessidade de cuidados de saúde (*Situação Atual* - 83.3%) e informou sobre o estado da pessoa e terapêutica realizada (*Avaliação* - 83.3%). Em menor percentagem foram realizadas as recomendações, isto é, o plano terapêutico da pessoa (*Recomendações* - 66.7%) e, por fim, menos vezes foi descrito os antecedentes pessoais (*Antecedentes* - 38.9%). Relativamente à utilização correta da técnica ISBAR, observou-se que 77.8% dos enfermeiros não utiliza a mesma nos momentos de transferência do cuidado e que a informação, muitas vezes, era dispersa, sem ordem definida, ficando informação importante por transmitir. Em concreto a SR foi o local onde a mnemónica ISBAR foi mais utilizada (50%), sendo que no SO nas 6 observações nenhum enfermeiro utilizou a mesma (0%). Como se compreende pelos dados, na maioria a transferência da informação ocorre de forma não estruturada e sem um método padronizado, potenciando a ocorrência de erros na informação, omissão, má interpretação do que é transmitido, falta de precisão e/ou falta de priorização das atividades (DGS, 2017), condicionando a continuidade do cuidado. Estes dados indicam que a transferência de informação da pessoa em situação crítica não foi realizada de forma eficaz o que pode colocar em causa a segurança da pessoa e a qualidade do cuidado. Tendo em conta a não conformidade com a literatura existente, considerei que esta seria uma área de intervenção e uma oportunidade de melhoria da prática. Considerei imprescindível a implementação de uma ferramenta de apoio à comunicação nos momentos de transição do

cuidado, aperfeiçoando a transferência da informação entre os enfermeiros nos momentos considerados vulneráveis e críticos, nomeadamente num SU.

Sabendo que, para uniformizar a comunicação e diminuir a incidência de erros na transferência de informação durante a transição de cuidados, a DGS (2017) recomenda a utilização da mnemónica ISBAR - *Identify* (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações), realizei um plano de sessão de formação (Apêndice XV). Posteriormente, divulguei a sessão junto da equipa de enfermagem (Apêndice XVI), para promover a mesma através de um cartaz exposto no SO e na sala de pausa. A técnica ISBAR é recomendada devido à sua fácil memorização e pela possibilidade de adaptação a diferentes contextos de cuidado, representando cinco componentes chave do processo de comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Para além de ser utilizada como ferramenta de comunicação entre os enfermeiros, confere vantagens, uma vez que permite a pronta tomada de decisão, o raciocínio clínico, reduz o tempo na transferência de informação e promove a integração de novos profissionais (DGS, 2017). Segundo um estudo quase-experimental de Randmaa, Mårtensson, Swenne, & Engström (2014), compreendeu-se que esta técnica permitiu a redução de 31% para 11% de eventos adversos relacionados com falhas na comunicação.

Como a divulgação dos resultados junto da equipa permite a identificação de áreas de melhoria e a motivação para a mudança, realizei uma sessão de formação sobre cada um dos componentes da mnemónica ISBAR, com diapositivos simples com pouca informação para captar a atenção dos formandos e potenciar a discussão (Apêndice XVII). Pretendi capacitar os enfermeiros para esta técnica de comunicação, considerando que uma das competências comuns do enfermeiro especialista visa a melhoria contínua da qualidade, bem como a garantia do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, baseando a sua prática em evidência científica (OE, 2019). A atualização constante do saber e das boas práticas, segundo a melhor evidência disponível, permite o melhor julgamento clínico e a tomada de decisão.

A sessão foi realizada no dia 16 de Dezembro de 2020 na sala de formação do SUC para a equipa onde estava integrada, com um total de 23 participantes. Por constrangimentos da pandemia por SARS-CoV-2 não foi possível realizar a sessão de formação às restantes equipas do SUC, mas ficou o compromisso de a chefe de equipa transmitir a informação

pertinente aos colegas, tendo fornecido o suporte dos dispositivos bem como o meu contato para eventuais esclarecimentos que pudessem surgir.

No final da sessão alertei os formandos que a ocorrência de erros no cuidado de saúde é um problema real que se pode comparar com um iceberg, onde a zona visível é menor que a zona submersa. Tal significa que a notificação destas situações ocorre com pouca frequência, muito por receio das represálias. É importante ter a consciência que os erros podem acontecer, uma vez que *errar é humano*, contudo, deve adotar-se uma postura positiva, isto é, não se focar numa abordagem ao erro individualizada, mas sim sistêmica, fomentando uma cultura de abertura e partilha, onde reine a confiança (Fragata, 2010). Incentivei o recurso a mecanismos para participação dos incidentes, avaliação das consequências e investigação das causas, sem atribuição de culpa (UCP, 2020/2021), uma vez que é essencial centrar-se na aprendizagem a partir do evento adverso, ao invés de se focar na culpa e no receio da punição daí decorrente (Fragata, 2010). Por fim, realizei a avaliação da sessão (Apêndice XVIII) através de um questionário de avaliação (Apêndice XIX) para compreender, essencialmente, se esta foi útil para o cuidado dos enfermeiros do SUC. Ao analisar os questionários, anónimos, onde para cada questão apresentada, estava associada uma escala de resposta/classificação que variava entre 1 e 5 (1- MUITO POUCO; 2- POUCO; 3- MÉDIO; 4- MUITO E 5- BASTANTE), constatei que em 23 participantes 83% considerou a sessão BASTANTE útil para o seu desempenho futuro e, 17% considerou-a MUITO útil. Através desta sessão de formação e atendendo ao *feedback* dado pelos formandos, considero que fui capaz de desenvolver práticas de qualidade, através da liderança de programas de melhoria contínua pela supervisão da prática, principalmente nos momentos de transição do cuidado, fomentando posteriormente estratégias para colmatar as oportunidades de melhoria identificadas, bem como promover o desenvolvimento das aprendizagens profissionais dos enfermeiros (UCP, 2020/2021).

Através da variedade de experiências e oportunidades para consolidar o cuidado da pessoa em situação crítica, uma vez que nenhum turno é igual ao anterior, considero que este local de estágio foi uma mais-valia para o meu percurso profissional. De facto, o que me atrai no contexto de urgência e emergência é esta ausência de monotonia, o inesperado de cada turno e a possibilidade de cuidado à pessoa em situação crítica, sentindo que a minha intervenção fará a diferença na sua sobrevivência e vivência futura.

3. CONCLUSÃO

Este relatório é o culminar do intenso caminho percorrido com vista ao alcance de uma *enfermagem com mais enfermagem* (Silva A. P., 2007). Para além do saber-saber, torna-se essencial conciliar o saber-estar e o saber-fazer, pelo que este curso potencia o desenvolvimento das competências necessárias para o cuidado de excelência da pessoa em situação crítica.

O receio de ser incapaz de traduzir na escrita o desenvolvimento das competências desenvolvidas foi-se dissipando à medida que construía o relatório. Apesar de ser um relato das experiências vivenciadas, tal só foi possível pela presença e colaboração das próprias pessoas alvo do cuidado e sua família, das Enfermeiras Orientadoras e da Professora Doutora Filipa Veludo. Devo referir que em ambos os contextos as orientadoras assumiram o papel de supervisor em três vertentes: orientador clínico (através da perícia e competência profissional), a de docente (transmitir conhecimentos e sugerir alternativas) e a de pessoa (mostrar interesse e empatia) (Nascimento, 2007).

Num mundo em constante mutação e cada vez mais complexo, assiste-se à necessidade de desenvolver e adquirir novas competências, nomeadamente “de aprender a aprender, aprender a viver junto, aprender a transformar e aprender a adaptar-se” (Espada, Ferreira, Garcia, Mota, & Silva, 2007, p. 66), recusando a rotina e a acomodação às situações. Assume-se que o desenvolvimento profissional se vai construindo à medida que ganhamos experiência, sabedoria e consciência profissional. É através da nossa identidade que “nos percebemos, nos vemos e queremos que nos vejam” (Marcelo, 2009, p. 11), é a forma como nos definimos a nós mesmo e aos outros. Considero que o meu *eu* profissional evolui ao longo da minha carreira, através das experiências espontâneas de aprendizagem e atividades planificadas, como também, pela influência da escola e dos contextos de estágio. Esta minha identidade desenvolve-se, quer por processos individuais, quer coletivos, não sendo, por isso, algo fixo, mas um fenómeno relacional (Marcelo, 2009), que contribui para a perceção da auto-eficácia, da motivação, do compromisso e da satisfação no trabalho, convertendo-se no meu desempenho enquanto enfermeira especialista competente.

Um profissional que procura formação e capacitação contínua está mais preparado para oportunidades e torna-se mais competitivo consigo mesmo, alcançando a excelência individual. Tendo a consciência que a enfermagem é uma profissão que está em constante mudança, a procura de formação tem sido uma preocupação no decorrer da minha atividade profissional. Após a licenciatura, realizei uma pós-graduação na área da pessoa em situação crítica, bem como diversos cursos, como o ITLS, SAV, entre outros, que me permitiram, *grão a grão*, melhorar a minha *performance* e poder agir e tomar decisões fundamentadas de acordo com o estado da arte. Enquanto estagiei na UCI foi possível potenciar a minha formação e desenvolvimento de aprendizagens profissionais através da participação *online* no 2º *Webinar: COVID-19 - Challenging Nurses* organizado pela secção de enfermagem da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos.

Este curso teve um grande contributo no meu desenvolvimento pessoal e profissional, contudo, sei que esta procura incansável de melhoria não se esgota com a aquisição do grau académico de mestre em enfermagem e título profissional de especialista à pessoa em situação crítica, pelo que a formação contínua será uma constatao ao longo da minha vida profissional. Através desta experiência detive um olhar mais crítico sobre a prática diária e tentei ser empreendedora da mudança. Inicialmente nos contextos de estágio por onde passei e, atualmente, no meu contexto de trabalho (SUPed), procurando motivar os pares para a melhoria da prática e comportamentos suportados na melhor evidência disponível, uma vez que considero que só faz sentido desenvolver competências se as puder partilhar com os outros. O percurso decorrido foi bastante gratificante e pude compreender, através da análise crítica e reflexiva de situações práticas vivenciadas, as conquistas e contributos conseguidos.

Em relação à consecução dos objetivos propostos para cada estágio, executei-os a todos, mantendo a excelência do cuidado. Para alcançar as diversas competências foi necessário mobilizar diferentes saberes, atingindo um cuidado em segurança e com qualidade.

Foi identificada uma lacuna na síntese do conhecimento (integração dos enfermeiros) que permitiu o desenvolvimento de competências de investigação e o contributo para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem (OE, 2018a). A divulgação dos resultados provenientes da *Scoping Review* tem subjacente a intenção de influenciar positivamente a integração dos enfermeiros. O artigo foi submetido para publicação à revista *Enfermería Global*, com indexação à *Scopus*, encontrando-se em apreciação científica pelos revisores (Anexo VI).

Esta “viagem de descoberta” trouxe-me novas paisagens, pelo contato com situações de saúde-doença que na minha prática diária não tinha encontrado mas, essencialmente, permitiu-me ver com novos olhos a pessoa em situação crítica através de uma visão holística e com um foro especialista.

A conciliação do horário de trabalho com o horário de estágio foi uma dificuldade esperada, mas que foi possível colmatar com a ajuda dos meus colegas de trabalho.

Fazendo uma análise pessoal do percurso, considero que a pandemia por SARS-CoV-2, por um lado foi um obstáculo encontrado, pela dificuldade em estabelecer contato com a família e/ou pessoas significativas, na medida em que as visitas estavam condicionadas. Por outro, considero que esta pandemia foi uma oportunidade de nos adaptarmos à mudança e arranjarmos alternativas para as pessoas internadas poderem contactar com a sua família, através, por exemplo, da visualização pelo *whatsapp*. Impôs a empatia e testou a nossa capacidade de resiliência perante a crise, salientando os benefícios do trabalho em equipa.

Considero ainda que, foi uma oportunidade para nós, profissionais de saúde, desenvolvermos determinadas competências, principalmente no âmbito da prevenção e controlo da infeção. O facto de pertencer ao PPCIRA fez-me olhar com outros olhos para esta realidade e perceber que determinados aspetos, como a descontaminação de superfícies e/ou a higienização das mãos, em época *pré-COVID* não seriam tão valorizados. A COVID-19 causou sentimentos de medo, mas potenciou a segurança no cuidado. Alguns profissionais mudaram comportamentos e atitudes, que espero que sigam em toda a sua prática e, não apenas, em *tempo COVID*. O comportamento do profissional vai influenciar o próprio, mas também a pessoa cuidada, diminuindo a transmissão da infeção.

A pandemia permitiu-me, ainda, desenvolver a capacidade de cuidar e gerir o cuidado em situações extremas de crise, alcançando uma das competências comuns do enfermeiro especialista através do desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade, nomeadamente na gestão de respostas de adaptabilidade individual e organizacional, atuando eficazmente sob pressão (OE, 2019) e influenciando o processo de tomada de decisão com maior prontidão.

Apesar de todos os constrangimentos e perdas pessoais com que, infelizmente, me deparei no decorrer do percurso, termino com a consciência que dei o melhor de mim e consegui

aperfeiçoar e/ou desenvolver as competências essenciais enquanto enfermeira especialista no âmbito da pessoa em situação crítica. Sempre fui uma pessoa participativa, interessada e ativa no meu processo de aprendizagem e, este curso superou as minhas expectativas de aprendizagem, permitindo um conjunto de atividades na prática do cuidado com um elevado nível de excelência, resultante da interação entre humanização e excelência técnica.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alabdali, A., Fisher, J. D., Trivedy, C., & Lilford, R. J. (May-Jun de 2017). A Systematic Review of the Prevalence and Types of Adverse Events in Interfacility Critical Care Transfers by Paramedics. *Air Medical Journal*, 36 (3), pp. 116-121. doi:10.1016/j.amj.2017.01.011.
- American Heart Association. (2012). *Suporte Avançado de Vida Cardiovascular - Manual para Profissionais de Saúde*. American Heart Association.
- Apóstolo, J. L. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência*. (U. d. Enfermagem, Ed.) Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Araújo, S. C. (2007). *Segurança na Circulação de Informação Clínica*. Dissertação submetida para satisfação parcial dos requisitos do grau de Mestre em Redes e Serviços de Comunicação, Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto, Porto.
- Baggio, M. A., Pomatti, D. M., Bettinelli, L. A., & Erdmann, A. L. (Jan-Fev de 2011). Privacidade em unidades de terapia intensiva: direitos do paciente e implicações para a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(1), pp. 25-30.
- Bailas, C. M. (2016). *Impacto do uso de sistemas de informação informatizados na carga global de trabalho dos enfermeiros*. Dissertação - Curso de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços em Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Ballangrud, R., Hall-Lord, M. L., Persenius, M., & Hedelin, B. (Aug de 2014). Intensive care nurses' perceptions of simulation-based team training for building patient safety in intensive care: a descriptive qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs*, 30 (4), pp. 179-87.
- Ballester-Arnal, R., Gómez-Martínez, S., Gil-Juliá, B., Ferrándiz-Sellés, M. D., & J.Collado-Boira, E. (2016). Burnout y factores estresantes en profesionales

- sanitarios de las unidades de cuidados intensivos. *Revista de Psicopatologia y Psicologia Clínica*, 21 (2), pp. 129-136.
- Balsanelli, A. P., & Cunha, I. K. (2006). Liderança no contexto da enfermagem. *Rev da Escola de Enfermagem da USP*, 40 (1), pp. 117-122.
- Barry, M. E. (2014). Handoff Communication: Assuring the transfer of accurate patient information. *American Nurse Today*, 9 (1).
- Batista, M. J., Vasconcelos, P., Miranda, R., Amaral, T., Geraldés, J., & Fernandes, A. P. (ABR./MAI./JUN. de 2017). Presença de familiares durante situações de emergência: A opinião dos enfermeiros do serviço de urgência de adultos. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV - n.º13*, pp. 83-92.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Braga, M., & Machado, M. (2011). Vivências de um ensino clínico. In UNIESEP, *I Congresso internacional de supervisão clínica: Da qualidade da formação à certificação de competências - Livro de comunicações e resumos*. Porto: ESEP.
- Campbell, J. E., & Alson, R. L. (2016). *International Trauma Life Support for Emergency Care Providers* (Vol. eighth edition). PEARSON.
- Carmo, I., Silva, R., Rodrigues, A., & Rodrigues, A. (2011). A dimensão relacional na supervisão clínica em enfermagem: A evidência em contexto clínico português. In UNIESEP, *I Congresso internacional de supervisão clínica: Da qualidade da formação à certificação de competências - Livro de comunicações e resumos*. Porto: ESEP.
- Carvalho, A. I. (2016). *A supervisão clínica no processo de integração de enfermeiros*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Castro, C., Vilelas, J., & Botelho, M. A. (2011). A Experiência Vivida da Pessoa Doente Internada Numa UCI: Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem*, 15 (2), pp. 41-59.
- Cavaco, V., & Pontífice-Sousa, P. (2014). Passagem de Turno em Enfermagem: uma reflexão. *Sinais Vitais*, pp. 13-18.

- Collière, M.-F. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida* (2ª ed.). Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-53-3.
- Considine, J., Street, M., Bucknall, T., Rawson, H., Hutchison, A. F., Dunning, T., . . . Hutchinson, A. M. (Mar de 2019). Characteristics and outcomes of emergency interhospital transfers from subacute to acute care for clinical deterioration. *International Journal for Quality in Health Care*, 31 (2), pp. 117-124. doi:10.1093/intqhc/mzy135.
- Costa, R. M. (2017). *Eventos adversos associados aos cuidados de enfermagem num serviço de urgência*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Cunha, M., Ribeiro, O., Vieira, C., Pinto, F., Alves, L., Santos, R., . . . Andrade, V. (Junho de 2010). Atitudes do enfermeiro em contexto de ensino clínico: uma revisão da literatura. *Revista Millenium*, 38, pp. 271-282.
- Deglin, J. H., & Vallerand, A. H. (2009). *Guia Farmacológico para Enfermeiros* (10ª ed.). Lusociência.
- Diário da República. (6 de Setembro de 2018). Despacho n.º 8589/2018. 2ª Série - N.º 172.
- Direção-Geral da Saúde. (29 de Dezembro de 2012). Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). *Norma n.º 029/2012*.
- Direção-Geral da Saúde. (06 de Agosto de 2015a). Medicamentos de alerta máximo. *Norma n.º 014/2015*.
- Direção-Geral da Saúde. (16 de Dezembro de 2015b). Norma n.º 022/2015. "*Feixe de Intervenções*" de Prevenção de Infecção Relacionada com Cater Venoso Central.
- Direção-Geral da Saúde. (8 de Fevereiro de 2017). Norma n.º 001/2017 Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (29 de Março de 2020a). Prevenção e Controlo de Infecção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI). *Norma n.º 007/2020*.
- Direção-Geral da Saúde. (17 de Dezembro de 2020b). COVID-19: Acompanhantes e Visitas nas Unidades Hospitalares. *Norma n.º 038/2020*.

- Direção-Geral da Saúde., & Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos. (2015). Programa de Vigilância Epidemiológica das Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea: Protocolo. *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos*.
- Enfermería Global. (s.d.). *Instruções para Autores*. (U. d. Murcia, Ed.) Obtido em 15 de Fevereiro de 2021, de Enfermería Global: <https://revistas.um.es/eglobal/about/submissions>.
- Eppich, W. J. (2015). "Speaking Up" for Patient Safety in the Pediatric Emergency Department. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*, 16 (2), pp. 1522-8401.
- Espada, A. P., Ferreira, M., Garcia, M. J., Mota, M. L., & Silva, S. (2º Semestre de 2007). Autonomia da enfermagem: da formação à prática profissional. *Pensar Enfermagem*, 11 (2), pp. 66-68.
- Filho, F. M., Martins, I. M., Soares, C. S., Fazendeiro, P. G., Paranaguá, T. T., & Bezerra, A. L. (Abril de 2012). Administração de medicamentos: conhecimento de enfermeiros do setor de urgência e emergência. *Enfermería Global*, 26, pp. 70-85.
- Fragata, J. I. (2010). A segurança dos doentes - Indicador de Qualidade em Saúde. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 26, pp. 564-570.
- Françolin, L., Brito, M. d., Gabriel, C. S., Monteiro, T. M., & Bernardes, A. (Jan/Mar de 2012). A qualidade dos registos de enfermagem em prontuários de pacientes hospitalizados. *Rev. enferm. UERJ*, 20 (1), pp. 79-83.
- Freixo, M. J. (2012). *Teorias e Modelos de Comunicação* (3ª ed.). Lisboa: Instituto Piaget.
- Frost, E., Kihlgren, A., & Jaensson, M. (March de 2019). Experience of physician and nurse specialists in Sweden undertaking long distance aeromedical transportation of critically ill patients: A qualitative study. *International Emergency Nursing*, 43, pp. 79-83. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2018.11.004>.
- Grupo Português de Triagem. (2015). *Sistema de Triagem de Manchester*. Obtido em 05 de Novembro de 2020, de Grupo Português de Triagem: http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110

- Guedes, H. M., Almeida, Á. G., Ferreira, F. d., Júnior, G., & Chianca, T. C. (Fev-Mar de 2014). Classificação de risco: Retrato de população atendida num serviço de urgência brasileiro. *Revista de Enfermagem Referência*, 1, pp. 37-44.
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *WONG: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. I). Loures: Lusociência.
- Instituto de Apoio à Criança. (2008). *Carta da Criança Hospitalizada*. Grupo MEDINFAR.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). *Manual TAS - Emergências de Trauma*.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2017). *Manual de Suporte Básico de Vida - Adulto* (2ª ed.). Departamento de Formação em Emergência Médica.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Kwack, W. G., Yun, M., Lee, D. S., Min, H., Choi, Y. Y., Lim, S. Y., . . . Cho, Y.-J. (Nov de 2018). Effectiveness of intrahospital transportation of mechanically ventilated patients in medical intensive care unit by the rapid response team: A cohort study. *Medicine*, 97 (48). doi:10.1097/MD.00000000000013490.
- Le Boterf, G. (1997). De la compétence à la navigation professionnelle. *Les Éditions d'Organisation*.
- Linn, A. C., Caregnato, R. C., & Souza, E. N. (2019). Clinical simulation in nursing education in intensive therapy: An integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72 (4), pp. 1061-70.
- Macedo, A. P., Padilha, K. G., & Püschel, V. A. (2019). Professional practices of education/training of nurses in an intensive care unit. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72 (2), pp. 321-8.
- Marcelo, C. (Jan/Abr de 2009). Desenvolvimento Profissional Docente: passado e futuro. *Sísifo. Revista de Ciências de Educação*, 8, pp. 7-22.
- Mealer, M., Conrad, D., Evans, J., Jooste, K., Solyntjes, J., Rothbaum, B., & Moss, M. (November de 2014). Feasibility and Acceptability of a Resilience Training

- Program for Intensive Care Unit Nurses. *American Journal of Critical Care*, 23 (6), pp. e97-105.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: SPRINGER Publishing Company.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: Development and Progress* (5^a ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer / Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. I., & Trangenstein, P. A. (Nov-Dec de 1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nurs Outlook*, 42 (6), pp. 255-259.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. H., & Schumacher, K. (Sep de 2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS Adv Nurs Sci.*, 23 (1), pp. 12-28.
- Ministério da Saúde. (06 de Março de 2002). Despacho Normativo n.º 11/2002. *Diário da República n.º 55/2002, Série I-B*, 1865-1866.
- Ministério da Saúde. (2005). *Despacho n.º 19 124/2005, de 2 de Setembro*. Obtido de Direito da Medicina: <https://direitodamedicina.sanchoeassociados.com/legislacao/despacho-19-1242005/>
- Ministério da Saúde. (11 de Agosto de 2014). Despacho n.º 10319/2014. *2ª Série - N.º 153*, 20673-20678. Diário da República.
- Ministério da Saúde. (10 de Fevereiro de 2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Despacho n.º 1400/A/2015, 2ª Série - N.º 28*, 3882-(2)-3882-(10). Diário da República.
- Ministério da Saúde., & Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. (2006). Recomendações para Prevenção da Infecção Associada aos Dispositivos Intravasculares. *Programa Nacional de Controlo de Infecção*. PNCI.
- Morais, C. M. (Maio de 2004). Perspectivas das competências. *Nursing: Revista de formação contínua em enfermagem*, 188.
- NANDA-International. (2018). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e Classificação 2018-2020* (11^a ed.). (R. M. Garcez, Trad.) Porto Alegre: Artmed.

- Nascimento, C. (2007). Docentes de enfermagem: necessidades de formação em supervisão clínica. In. A. Rodrigues, C. Nascimento, L. Antunes, M.G. Mestrinho, M. Serra, R. Madeira, R. Canário, & V. Lopes. *Processos de formação na e para a prática de cuidados*. (2-46). Loures: Lusociência.
- Nascimento, A. J. (2020). *Transporte do Doente Crítico: Uma Prática de Qualidade*. Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - A Pessoa em Situação Crítica, Portalegre.
- Nobre, D. F., Rabiais, I. C., Ribeiro, P. C., & Seabra, P. R. (2019). Avaliação do *burnout* em enfermeiros de um serviço de urgência geral. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(6), pp. 1533-9.
- Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: Dos comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Oliveira, W. (Setembro de 2018). *Entenda definitivamente o que é análise SWOT*. Obtido em 15 de Setembro de 2019, de <https://www.heflo.com/pt-br/swot/o-que-e-analise-swot/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual; Enunciados Descritivos. *Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *CIPE Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Competências do Enfermeiro Chefe de Equipa dos Serviços de Urgência. *Parecer n.º 20/2015*. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

- Ordem dos Enfermeiros. (16 de Julho de 2018a). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República n.º 135/2018, Série II*, 19359-19370.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018b). *DOR - Guia Orientador de Boa Prática* (Cadernos OE - I Série - Número 1). Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (06 de Fevereiro de 2019). Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República n.º 26/2019, Série II*, 4744-4750.
- Ordem dos Médicos., & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos: Recomendações*. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.
- Pereira, M. A. (2008). *Comunicação de más notícias e gestão do luto*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pinto, S. M. (2011). *A espiritualidade e a esperança da pessoa com doença oncológica: Estudo numa população de doentes em quimioterapia*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 1º Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos, Porto.
- Pires, R. M. (2011). Supervisão clínica e qualidade do exercício profissional. In UNIESEP, *I Congresso internacional de supervisão clínica: Da qualidade da formação à certificação de competências - Livro de comunicações e resumos*. Porto: ESEP.
- Pires, V. M. (2020). *"Apenas falar, não é comunicar" - A comunicação do enfermeiro com a família/pessoa em situação crítica no SU*. Relatório de Estágio na Área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica - a pessoa em situação crítica, Portalegre.
- Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. (2018). *Infeções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário 2018*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

- Pupulim, J. S., & Sawada, N. O. (Maio-Junho de 2005). Exposição corporal do cliente no atendimento das necessidades básicas em UTI: Incidentes críticos relatados por enfermeiras. *Revista Latino-am Enfermagem*, 13 (3), pp. 388-96.
- Randmaa, M., Mårtensson, G., Swenne, C. L., & Engström, M. (January de 2014). SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study. *BMJ Open*, 4 (1).
- Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação. (2017). *Medicina Intensiva*. República Portuguesa - Saúde.
- Reis, J., Costa, M., Jácome, P., & Candeias, T. (2016). *Cuidados intensivos pediátricos: Olhares sobre um percurso*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ribeiro, J. M., Gouveia, J., Fernandes, S., Jesus, G. d., Nave, J. T., Costa, P. d., . . . Carneiro, L. (2020). Prática em Medicina Intensiva - Infecção por SARS-CoV-2: Doente Crítico com SARS-CoV-2. *Plano de atuação no doente crítico com pneumonia por SARS-CoV-2*.
- Ribeiro, O., Martins, M. M., & Tronchin, D. M. (JUL./AGO./SET. de 2017). Qualidade dos cuidados de enfermagem: um estudo em hospitais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV - n.º 14*, pp. 89-100.
- Rice, Y., DeLetter, M., Fryman, L., Parrish, E., Velotta, C., & Talley, C. L. (2016). Implementation and Evaluation of a Team Simulation Training Program. *Journal of Trauma Nursing*, 23 (5), pp. 298-303.
- Sá, F. L., Botelho, M. A., & Henriques, M. A. (1º Semestre de 2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19 (1), pp. 31-46.
- Santos, E. J., Marcelino, L. M., Abrantes, L. C., Marques, C. F., Correia, R. M., Coutinho, E. d., & Azevedo, I. C. (Jun/Dez de 2015). O Cuidado Humano Transicional como Foco da Enfermagem: Contributos das competências especializadas e linguagem classificada CIPE. *Milenium*, pp. 153-171.

- Santos, E., & Fernandes, A. (2004). *A Prática Reflexiva: Guia para a reflexão estruturada*. Referência.
- Saviato, R. M., & Leão, E. R. (Jan-Mar de 2016). Assistência em Enfermagem e Jean Watson: Uma reflexão sobre a empatia. *Esc Anna Nery*, pp. 198-202.
- Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26 (2), pp. 119-127.
- Schvartsman, C., Carrera, R., & Abramovici, S. (2005). Avaliação e transporte da criança traumatizada. *Jornal de Pediatria*, 81, pp. 223-229.
- Schwappach, D. L., Pfeiffer, Y., & Taxis, K. (2016). Medication double-checking procedures in clinical practice: a cross-sectional survey of oncology nurses' experiences. *BMJ Open*, 6(6), p. e011394.
- Silva, A. P. (2007). Enfermagem Avançada: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *SERVIR*, pp. 11-20.
- Silva, D. M. (2002). Correntes de Pensamento em Ciências de Enfermagem. *Millenium*, 26.
- Silva, R., Pires, R., & Vilela, C. (Março de 2011). Supervisão de estudantes de Enfermagem em ensino clínico - Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série - n.º3, pp. 113-122.
- Silvestre, M. d. (2012). *Integração de Enfermeiros em Instituições Hospitalares: Estudo de Caso*. Aveiro: Universidade de Aveiro: Departamento de Ciências Sociais, Políticas e do Território.
- Sousa, A. R. (2013). *O Conforto como o Centro da Prática*. Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa.
- Souza, G. d., Peduzzi, M., Silva, J. d., & Carvalho, B. (20 de Julho de 2016). Trabalho em equipe de enfermagem: circunscrito à profissão ou colaboração interprofissional? *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, pp. 642-649.

- Souza, J. D., Júnior, J. M., & Miranda, F. A. (Jan/Fev/Mar de 2017). Stress em serviço de urgência e os desafios para enfermeiros brasileiros e portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 107-116.
- Taveira, C. A. (2011). *Enfermagem... Um percurso no saber*. Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa - Porto. Porto: VERITATI.
- The Joint Commission. (2020). *Most Commonly Reviewed Sentinel Event Types*. Obtido em 05 de 01 de 2021, de The Joint Commission: <https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/most-frequently-reviewed-event-types-2020.pdf>
- Tojal, A. M. (2011). *Percepção dos Enfermeiros sobre a Formação em Serviço*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Torres, R. S., Lopez, N. B., Pedraz, O. C., Martinez, M. D., Garcia, H. G., Diez, D. H., . . . Moreno, C. H. (2011). Implantation of the Nurse Tutor for training and teaching staff in an ICU. *The World of Critical Care Nursing*, 8 (2).
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K., Colquhoun, H., Kastner, M., . . . Straus, S. E. (2016). A scoping review on the conduct and reporting of scoping reviews. *BMC Med Res Methodol*, 16, pp. 1-11.
- UIE/ACSS. (2015). *Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências*. Departamento de Gestão da Rede de Serviços e Recursos em Saúde - Unidade de Instalações e Equipamentos.
- Universidade Católica Portuguesa. (2019). Guia da Unidade Curricular "Estágio Final e Relatório". Lisboa.
- Universidade Católica Portuguesa. (2020/2021). Instrumento de Avaliação do Estágio Final e Relatório. *Mestrado em enfermagem médico-cirúrgica na área de especialização à pessoa em situação crítica*.
- Verde, B. C. (2013). *Contributo para a Implementação do Método por Enfermeiro de Referência*. Área de Especialização: Gestão em Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.

- Villemure, C., Tanoubi, I., Georgescu, M., Dubé, J.-N., & Houle, J. (2016). An integrative review of in situ simulation training: Implications for critical care nurses. *Canadian Journal of Critical Care Nursing, 27* (1), pp. 23-31.
- Watson, J. (2002a). *ENFERMAGEM: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: LUSOCIÊNCIA.
- Watson, J. (2002b). *Enfermagem Pós-Moderna e Futura: Um Novo Paradigma da Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Yu, H., Qiao, A., & Gui, L. (09 de Jan de 2021). Predictors of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among emergency nurses: A cross-sectional survey. *Elsevier, 55*.
- Yukl, G. A. (2013). *Leadership in Organizations* (8th ed.). Pearson.

APÊNDICES

**APÊNDICE I – Dificuldades e Estratégias na Integração ao Cuidado da
Pessoa em Situação Crítica: uma *Scoping Review***

DIFICULDADES E ESTRATÉGIAS NA INTEGRAÇÃO AO CUIDADO DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: UMA SCOPING REVIEW

DIFICULTADES Y ESTRATEGIAS EN LA INTEGRACIÓN AL CUIDADO DE LA PERSONA EN SITUACIÓN CRÍTICA: UNA SCOPING REVIEW

DIFFICULTIES AND STRATEGIES IN INTEGRATION IN CARE OF THE PERSON IN CRITICAL CONDITION: A SCOPING REVIEW

Flores, Diana¹

Imperadeiro, Inês²

Correia, Patrícia³

Madureira, Manuela⁴

Sousa, Patrícia⁴

Veludo, Filipa⁵

¹Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa (ICS-UCP), RN; Hospital da Luz Torres de Lisboa. Lisboa. Portugal. diflores94@gmail.com; +351 919475185; Rua Bartolomeu Dias número 45, r/c esq, 2785-357 São Domingues de Rana

²Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa (ICS-UCP), RN; Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, EPE – Hospital de São José. Lisboa. Portugal. imperadeiro.rf@gmail.com.

³Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa (ICS-UCP), RN; Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE – Hospital de Santa Maria. Lisboa. Portugal. patriciasofia_correia@hotmail.com.

⁴ ICS-UCP, RN, MsNC, PhD. Lisboa. Portugal.

⁵ ICS-UCP, RN, MsEC, PhD. Lisboa. Portugal.

RESUMO:

Objetivo: Mapear o conhecimento relativamente às dificuldades sentidas pelo enfermeiro e estratégias que podem facilitar a sua integração no cuidado à pessoa em situação crítica.

Introdução: A integração do enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica constitui uma preocupação cada vez maior devido à mobilização e contratação de profissionais de enfermagem. Uma integração adequada é crucial para o sucesso e adaptação do enfermeiro ao novo serviço, garantindo a qualidade e segurança do cuidado.

Método: Foi realizada uma *Scoping Review*, com base no Joanna Briggs Institute. Critérios de inclusão: População - enfermeiro; Conceito - dificuldades sentidas e as estratégias facilitadoras na integração; Contexto - cuidado à pessoa em situação crítica. Foram incluídos 13 artigos, publicados até maio de 2020.

Resultados: Dificuldades sentidas pelos enfermeiros: comunicação com a equipa, pessoa em situação crítica e/ou familiares; *stress*; complexidade da situação de saúde, técnicas e/ou procedimentos realizados; sobrecarga de trabalho; rotatividade de enfermeiros entre serviços; lidar com a morte e/ou a doação de órgãos. Estratégias facilitadoras: simulação de situações reais; trabalho em equipa; enfermeiro de referência/tutor; transmissão de *feedback*; estratégias de resiliência.

Conclusão: O processo de integração requer planeamento, sendo crucial o desenvolvimento de estratégias que o facilitem. O treino através da simulação de práticas leva à aquisição de competências fundamentais para o cuidado, tal como a atribuição de um enfermeiro tutor e *feedback* sobre o trabalho desenvolvido. Isto permite colmatar as dificuldades sentidas através da construção da resiliência e estratégias de *coping*, prevenindo o *burnout* e a rotatividade dos profissionais entre serviços.

Palavras-chave: Integração; Dificuldades; Estratégias; Enfermeiro; Pessoa em Situação Crítica.

RESUMEN:

Objetivo: Mapear el conocimiento sobre las dificultades del enfermero y las estrategias que pueden facilitar su integración en el cuidado de las personas en situación crítica.

Introducción: La integración del enfermero en el cuidado de la persona en situación crítica es una preocupación creciente debido a la movilización y contratación de profesionales. Una integración adecuada es fundamental para el éxito y adaptación del enfermero al servicio nuevo, garantizando la calidad y seguridad del cuidado.

Método: Se realizó una revisión de alcance, basada en el Instituto Joanna Briggs. Criterios de inclusión: Población - Enfermero; Concepto - dificultades experimentadas y estrategias que facilitan la integración; Contexto - Cuidado a la persona en situación crítica. Se incluyeron 13 artículos, publicados hasta mayo de 2020.

Resultados: Dificultades experimentadas por los enfermeros: comunicación con el equipo, personas en situación crítica y/ o familiares; estrés; complejidad de la situación de salud, técnicas y/ o procedimientos realizados; sobrecarga de trabajo; rotación de enfermeros entre servicios; afrontar la muerte y/ o la donación de órganos. Estrategias facilitadoras: simulación de situaciones reales; trabajo en equipo; enfermero/ tutor de referencia; transmisión de informaciones de retorno; estrategias de resiliencia.

Conclusión: El proceso de integración requiere planificación y el desarrollo de estrategias que lo hagan más sencillo es fundamental. La formación a través de la simulación de prácticas conduce a la adquisición de habilidades fundamentales para el cuidado, como la asignación de un enfermero tutor y información de retorno sobre el trabajo desarrollado. Esto permite subsanar las dificultades experimentadas construyendo resiliencia y estrategias de afrontamiento, evitando el desgaste y la rotación de profesionales entre servicios.

Palabras clave: Integración; Dificultades; Estrategias; Enfermero; Persona en situación crítica.

ABSTRACT:

Objective: Mapping the knowledge regarding the difficulties experienced by nurses and the strategies that can facilitate their integration in the care of people in critical conditions.

Introduction: The integration of nurses in the care of people in critical condition is an increasing concern due to the mobilization and hiring of nursing professionals. An adequate integration is crucial for the success and adaptation of nurses to the new service, ensuring the quality and safety of care.

Method: A Scoping Review was carried out, based on the Joanna Briggs Institute. Inclusion criteria: Population - Nurse; Concept - difficulties experienced and strategies that facilitate the integration; Context - care of people in critical condition. 13 articles were included, published until May 2020.

Results: Difficulties experienced by nurses: communication with the team, people in critical conditions and/ or family members; stress; complexity of the health situation, techniques and/ or procedures performed; work overload; exchanging of nurses among services; dealing with death and/ or organ donation. Facilitating strategies: simulation of real situations; teamwork; reference nurse/ tutor; feedback; resilience strategies.

Conclusion: The integration process requires planning, and it is crucial to develop strategies that can facilitate it. Training through the simulation of practices leads to the acquisition of fundamental skills of care, as does the assignment of a nurse tutor as well as the feedback on the work carried out. This allows to overcome the difficulties felt, by building resilience and coping strategies, preventing burnout and the exchange of professionals among services.

Keywords: Integration; Difficulties; Strategies; Nurse; Person in Critical Condition.

INTRODUÇÃO

Na atualidade, as constantes alterações sociais, profissionais e institucionais colocam desafios às instituições de saúde, em particular na gestão dos recursos humanos⁽¹⁾.

O início da atividade profissional ou a mobilização de profissionais entre serviços é uma realidade que impõe desafios aos enfermeiros. Estes são

profissionais com contratos de curta duração o que implica processos de integração mais frequentes. A aquisição de competências específicas, nomeadamente num serviço de cuidado à pessoa em situação crítica, é essencial.

Benner⁽²⁾ define 5 níveis de competência na prática clínica de enfermagem: iniciado, iniciado-avançado, competente, proficiente e perito. Embora o enfermeiro seja perito num dado contexto, ao transitar para outro contexto, retorna ao nível de competência iniciado-avançado, uma vez que já experienciou situações reais e é capaz de identificar os “fatores significativos que se reproduzem em situações idênticas”⁽²⁾.

Serviços onde se cuida da pessoa em situação crítica, como por exemplo, Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) são locais por si só stressantes devido às suas características⁽³⁾. Os profissionais que trabalham nestes contextos deparam-se diariamente com situações de doença grave, dor, morte e a necessidade de tomar decisões prontas que podem ser influenciadas pela pressão temporal⁽³⁾. Estes aspetos, acompanhados pelo sentimento de frustração que por vezes recai sobre o profissional por não conseguir restabelecer sempre a saúde da pessoa e a relação que se cria com a mesma, potencia a ansiedade e a depressão.

Num estudo realizado com 117 profissionais, os fatores mais stressantes numa UCI foram a sobrecarga de trabalho e a falta de pessoal⁽³⁾. Também no Serviço de Urgência existem situações desafiadoras e imprevistas no atendimento que podem contribuir para o esgotamento e fadiga dos enfermeiros⁽⁴⁾. O *stress* envolvido no cuidado emergente pode aumentar a sobrecarga emocional e laboral dos enfermeiros⁽⁴⁾.

A integração é decisiva no sucesso e adaptação do enfermeiro à instituição e, simultaneamente, permite o desenvolvimento de competências, a aquisição de autoconfiança e a construção da sua identidade profissional⁽⁵⁾.

A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica⁽⁶⁾, pelo que adquirir e/ou desenvolver raciocínio clínico neste âmbito constitui um processo complexo, mas essencial para o cuidado de excelência.

Face a esta problemática, a integração do enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica constitui uma preocupação cada vez maior. Uma integração adequada é crucial para o sucesso e adaptação do enfermeiro ao novo serviço, garantindo a qualidade e segurança do cuidado, torna-se imprescindível compreender quais são as dificuldades e estratégias que permitem facilitar este processo integrativo.

Através do levantamento e apreciação crítica da evidência relativa ao fenómeno em estudo da integração do enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica, foi possível compreender o estado da arte. A maioria dos artigos abordavam principalmente as estratégias que facilitam o processo de integração⁽⁷⁻⁹⁾, contudo, também existiam artigos que abordavam as dificuldades sentidas pelo enfermeiro e/ou as competências que devem ser adquiridas para o cuidado à pessoa em situação crítica⁽⁹⁻¹¹⁾. Deste modo,

consideramos existir uma lacuna ao nível da articulação entre as principais dificuldades e principais estratégias que facilitam a integração do enfermeiro.

O estudo deste fenómeno revelou-se bastante atual, constituindo uma mais-valia, quer para os enfermeiros com funções de chefia, quer para o enfermeiro em integração, e equipa multidisciplinar, respondendo às seguintes questões de partida:

- Quais as dificuldades sentidas pelo Enfermeiro na Integração no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica?
- Quais as estratégias facilitadoras na Integração do Enfermeiro no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica?

MATERIAIS E MÉTODOS

Na análise preliminar do estado da arte recorreu-se à base de dados *PubMed*[®] e aos descritores “*Nurs**”, “*Critical Care*” e “*Integration*”. Os resultados da pesquisa permitiram perceber que existe pouca produção científica recente associada e este fenómeno de estudo, com maior incidência em artigos de baixo nível de evidência. Elaborou-se um protocolo *a priori* seguindo a metodologia do *Joanna Briggs Institute* (JBI), que auxiliou e conduziu a primeira fase da pesquisa organizando a informação recolhida.

Perante uma evidente lacuna no conhecimento consideramos existir necessidade de mapear de uma forma mais precisa este fenómeno⁽¹²⁾, pelo que se procedeu à elaboração de uma *Scoping Review*, explorando-se a extensão da literatura nesta área do conhecimento, mapeando e sumarizando a evidência existente⁽¹³⁾. Face a este fenómeno tornou-se clara a pertinência do estudo em questão e procedeu-se à definição dos critérios de elegibilidade, com base na mnemónica PCC. Como critérios de inclusão, a População (P) estipulada foi o Enfermeiro, o Conceito (C) foram as Dificuldades sentidas e as Estratégias facilitadoras na Integração e, o Contexto (C) elegido foi o Cuidado à Pessoa em Situação Crítica. Como critérios de exclusão, quanto à população foram excluídos outros profissionais de saúde; quanto ao conceito foram excluídos os custos financeiros e satisfação no trabalho; e quanto ao contexto foram excluídos os referentes à Covid-19, Cuidados paliativos ou em Fim de Vida, Gestão da dor, Doação de órgãos, Procedimentos específicos e Pediatria.

Espera-se que a presente *Scoping Review* possa ser um precursor para futura investigação, sendo o ponto de partida para uma revisão sistemática subsequente^(12,14).

A estratégia de pesquisa booleana foi definida por uma pesquisa preliminar de descritores em saúde, recorrendo aos instrumentos de indexação *MeSH* e *DeCS*. Alguns dos descritores de assunto foram definidos à partida, tendo surgido palavras e conceitos sinónimos na análise preliminar do estado de arte, assim como na fase inicial da pesquisa nas bases de dados e em artigos pesquisados de forma livre no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP).

Operacionalizou-se a pesquisa cruzando os descritores com *and* e *or*. No Apêndice I pode observar-se a evolução que originou a seguinte pesquisa: (AB *intensive care OR AB critical care*) AND (AB *nurs* OR AB health care provider OR AB health care professional OR AB health care worker*) AND (TI *Integrat* OR TI training*).

Recorreu-se às bases de dados *CINHAL® Complete; MEDLINE® Complete; Nursing & Allied Health Collection™: Comprehensive Edition; Cochrane Plus Collection; Library, Information Science & Technology Abstracts (LISTA) e MedicLatina™*. Considerou-se pertinente a inclusão do RCAAAP como forma de localizar evidência não publicada em revistas científicas, tendo sido incluídos na amostra final três artigos pesquisados de forma livre.

Os tipos de estudos privilegiados foram estudos primários, secundários e de opinião. Inicialmente considerou-se a existência de texto completo como limitador de resultado, contudo, no decorrer da pesquisa identificou-se um artigo pertinente para o estudo cujo texto integral não estava disponível, sendo que se contactaram os autores, tendo este sido cedido e integrado na amostra final.

Definiu-se como friso temporal os artigos publicados até maio de 2020, sem limite inferior face à escassa evidência disponível sobre o fenómeno em estudo. Foram incluídos artigos em português, inglês, castelhano e francês.

A seleção da amostra final foi efetuada por três revisores independentes, pela leitura do título, resumo e texto completo. Também foram consideradas as referências bibliográficas dos artigos selecionados.

A decisão da inclusão dos artigos na amostra foi realizada por toda a equipa de investigação. Sistematizou-se a seleção da amostra pelo fluxograma PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) com a inclusão de 13 artigos.

Foram elaboradas tabelas para sintetizar a extração dos dados dos artigos. A tabela 1 preencheu-se imediatamente após a leitura dos artigos compreendidos na amostra final, discriminando os itens de análise: título, autor e ano, objetivo, nível de evidência e resultados.

No decorrer da extração de dados procedeu-se à elaboração da tabela 2, com a distribuição das principais dificuldades sentidas e estratégias facilitadoras na integração para quantificar percentualmente o número de referências de cada característica nos 13 artigos e deste modo responder ao objetivo e temática do estudo⁽¹⁵⁾.

RESULTADOS

A síntese dos dados desta *Scoping Review* é baseada numa narrativa descritiva. A pesquisa iniciou-se em agosto de 2020 e concluiu-se em outubro de 2020.

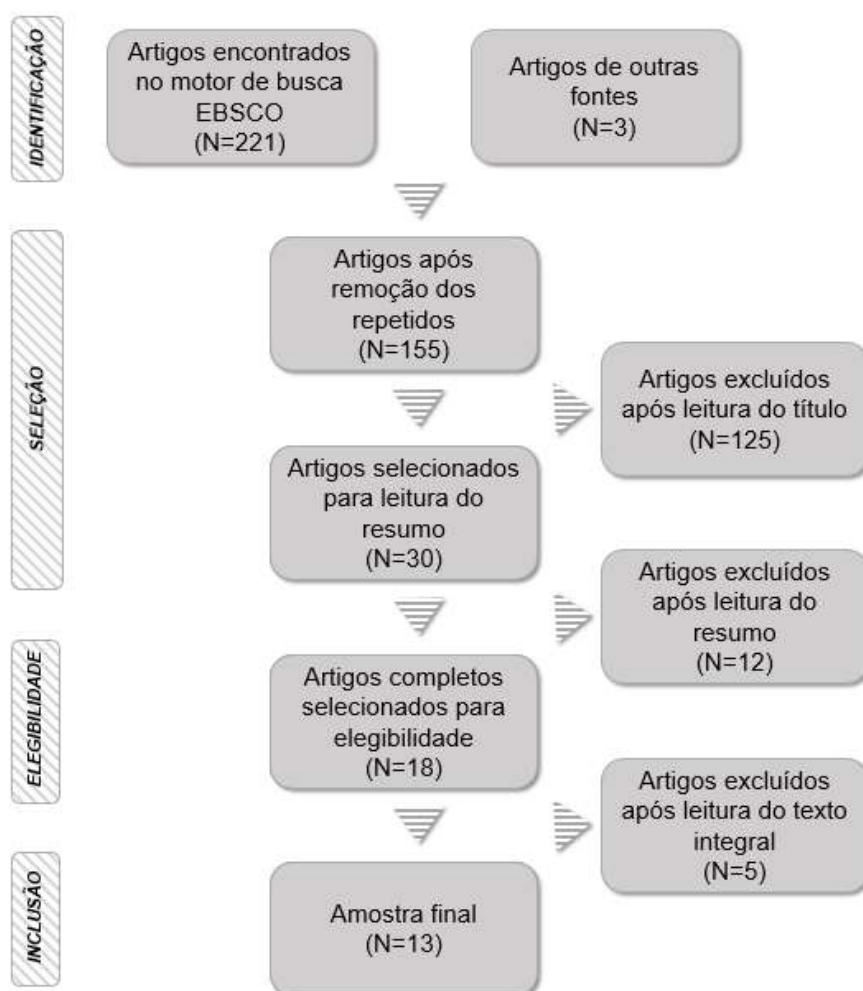
Da pesquisa inicial resultaram duzentos e vinte e quatro artigos, sendo que após a remoção dos repetidos permaneceram cento e cinquenta e cinco. Através da leitura do título excluíram-se cento e vinte e cinco artigos, cujo contexto fazia referência a técnicas e procedimentos específicos como

Oxigenação por Membrana Extracorporal (ECMO) e diálise, escalas como *Nursing Activities Score* (NAS), situações de cuidados paliativos ou fim-de-vida, bem como artigos relacionados com a pandemia por SARS-COV 2.

Dos trinta artigos selecionados para leitura do resumo foram excluídos doze, dado a população ser estudantes de enfermagem ou outros profissionais de saúde e, também, porque o fenómeno em estudo se focava particularmente nas competências profissionais. Foram ainda excluídos os artigos onde o contexto era específico para um determinado país.

Os dezoito artigos selecionados após leitura do resumo foram lidos de forma integral, tendo sido eliminados cinco pelo fenómeno abordado se focar na satisfação no trabalho, nos custos financeiros, no currículo escolar e nos benefícios da metodologia *e-learning*. A amostra final consistiu em treze artigos sistematizados pelo fluxograma PRISMA.

Figura 1 - Fluxograma PRISMA



Os resultados da amostra final foram mapeados e discriminados na tabela 1, tendo sido realizado o levantamento dos objetivos e resultados de cada um dos artigos, assim como o seu nível de evidência, segundo a JBI⁽¹⁶⁾.

Tabela 1 - Síntese dos artigos da amostra final

	Título	Autor e ano	Objetivo	Nível de evidência	Resultados
Artigo 1	Implantation of the figure “nurse-tutor” for training and teaching staff in an ICU ⁽⁷⁾	Torres RS, Lopez NB, Pedraz OC, Martinez MDCG, Garcia HG, Diez DH, Et Al. 2011	Explicar o papel da figura “enfermeiro tutor” de forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao paciente e segurança dos enfermeiros.	5.c <i>Single expert opinion</i>	A criação da figura “enfermeiro tutor” pode levar ao aumento da qualidade dos cuidados e segurança dos pacientes e ajuda a melhorar a segurança dos profissionais na prática de enfermagem.
Artigo 2	An integrative review of in situ simulation training: Implications for critical care nurses ⁽⁸⁾	Villemure C, Tanoubi I, Georgescu LM, Dubé J-N, Houle J. 2016	Explorar a literatura sobre as vantagens e dificuldades de treino simulado nos serviços.	4.a <i>Systematic review of descriptive studies</i>	O treino simulado nos serviços melhora as competências dos enfermeiros e ajuda a detetar riscos no ambiente de trabalho.
Artigo 3	Clinical Simulation in nursing education in intensive therapy: an integrative review ⁽¹⁰⁾	Linn AC, Caregnato RCA, Souza EN de. 2018	Analisar as publicações sobre prática de simulação clínica para educar enfermeiros em UCIs.	5.a <i>Systematic review of expert opinion</i>	A simulação ajuda a melhorar a confiança, habilidade de comunicação, eficiência na deteção de piora no estado clínico do doente, desenvolvimento de capacidades técnicas, trabalho em equipa e decisão clínica.
Artigo 4	Feasibility and acceptability of a resilience training program for intensive care unit nurses ⁽¹¹⁾	Mealer M, Conrad D, Evans J, Jooste K, Solyntjes J, Rothbaum B, et al. 2014	Determinar se um programa de treino de resiliência para enfermeiros de UCI era possível e aceite pelos mesmos.	3.e <i>Observational study without a control group</i>	O treino de resiliência para enfermeiros de UCI foi possível e aceite pelos enfermeiros e melhorou nível de resiliência e sintomas de ansiedade, depressão, <i>burnout</i> e <i>stress</i> pós-traumático.
Artigo 5	Implementation and Evaluation of a Team Simulation Training Program ⁽⁹⁾	Rice Y, DeLetter M, Fryman L, Parrish E, Velotta C, Talley C. 2016	Medir o conhecimento, satisfação, auto-confiança, e trabalho de equipa através de um programa de simulação em equipa.	4.c <i>Case series</i>	Os enfermeiros mostraram-se satisfeitos com a simulação e ganharam auto confiança.

Artigo 6	Integrating Nurse Practitioners Into Intensive Care Units ⁽¹⁷⁾	Simone S, McComiskey CA, Andersen B. 2016	Apresentar orientações e estratégias de integração.	3.e <i>Observational study without a control group</i>	As medidas implementadas são chave para o sucesso, diminuindo a taxa de rotatividade, aumentando a satisfação no trabalho.
Artigo 7	Intensive care nurses' perceptions of simulation based team training for building patient safety in intensive care: A descriptive qualitative study ⁽¹⁸⁾	Ballangrud R, Hall-Lord ML, Persenius M, Hedelin B. 2014	Descrever a percepção de enfermeiros de unidades de cuidados intensivos de treino simulado para aumentar a segurança do doente.	4.c <i>Case series</i>	Treino ajuda a perceber a importância de trabalho em equipa, aumenta a segurança dos cuidados, motiva a aprendizagem, perceber a performance da equipa.
Artigo 8	Professional pactices of education/training of nurses in an intensive care unit ⁽¹⁹⁾	Macedo APM de C, Padilha KG, Püschel VA de A. 2018	Compreender a educação/ formação dos enfermeiros que trabalham em UCIs.	4.c <i>Case series</i>	Educação e formação em contexto de trabalho aumenta o bem-estar, satisfação e motivação dos enfermeiros.
Artigo 9	The exhaustion of nursing: a integrative review of the burnout syndrome in icu ⁽²⁰⁾	Machado DA, Louro TQ, Figueiredo NMA de, Vianna LMA. 2012	Diagnosticar o conhecimento sobre <i>stress</i> psicológico causador de <i>burnout</i> em enfermeiros de unidades de cuidados intensivos.	4.a <i>Systematic review of descriptive studies</i>	Ambientes saudáveis e melhores condições de trabalho refletem-se na qualidade dos cuidados. O <i>stress</i> psicológico na unidade de cuidados intensivos influencia a atuação dos profissionais sendo fonte de conflitos e <i>burnout</i> .
Artigo 10	The standardization of critical care nursing education and training: Strategies for advancing clinical practice in Ontario's adult ICUs ⁽²¹⁾	Hynes P, Pinto M, Fortier W, Bennett J. 2007	Explicar o contexto a partir do qual surgiu a necessidade de padronizar a educação e treino de enfermeiros de unidades de cuidados intensivos.	5.b <i>Expert consensos</i>	Partilhar o trabalho na preparação e articulação de um documento de competências centrais padronizadas para enfermeiros a exercer ou a procurar emprego em unidades de cuidados intensivos de adultos.
Artigo 11	Associations between level of	Longpré C, Dubois C-A,	Melhor entendimento da relação entre os	4.b	Integração mais avançada está associada a sentimento

	services integration and nurses' workplace well-being ⁽²²⁾	Nguemeleu ET. 2014	processos de transformação subjacentes à integração em serviços e bem-estar dos enfermeiros no local de trabalho.	<i>Cross-sectional study</i>	de menor ameaça pela parte dos enfermeiros, menor nível de <i>stress</i> negativo e maior nível de <i>stress</i> positivo, assim como melhorias na satisfação e bem-estar no local de trabalho.
Artigo 12	Integração de enfermeiros de no de serviço urgência geral ⁽²³⁾	Fernandes APG, Gerales JPM, Batista MPJ, Alves PMS. 2010	Explicitar o processo de integração e sua importância para o sucesso da mesma num Serviço de Urgência Geral.	5.c <i>Single expert opinion</i>	O objetivo de um processo de integração consiste em fazer com que novos enfermeiros prestem cuidados de qualidade e segurança, o que implica ter em consideração os conhecimentos e competências que advêm da experiência anterior de cada enfermeiro e adaptar a integração para favorecer o seu êxito através de um programa bem definido, bem estruturado e individualizado.
Artigo 13	Integração de enfermeiros em instituições hospitalares: estudo de caso ⁽¹⁾	Silvestre M do C de J. 2012	Determinar a percepção de fatores facilitadores e limitadores do processo de integração pela experiência dos enfermeiros envolvidos (gestores, integradores e integrados).	4.d <i>Case study</i>	Não existe conhecimento das competências dos enfermeiros de cuidados gerias (Ordem dos Enfermeiros) pela parte dos enfermeiros envolvidos. Não existe formação específica dos integradores para o processo de integração, não existindo planificação do mesmo, gestores consideram que tal seria uma mais-valia para o serviço, agilizando a entrada de novos enfermeiros.

Em seguida apresentam-se as tabelas 2 e 3 com as diferentes dificuldades e estratégias encontradas, respetivamente. Definimos que o número de referências (n) corresponde à quantidade de vezes que determinada característica foi abordada nos 13 artigos analisados, sendo a frequência relativa a percentagem correspondente.

Tabela 2 - Dificuldades sentidas pelos enfermeiros na integração

Dificuldades sentidas	Número de referências (n)	Frequência relativa (%)
Comunicação com a equipa, pessoa em situação crítica e/ou familiares	7	25.0%
<i>Stress</i>	6	21.4%
Complexidade da situação de saúde, técnicas e/ou procedimentos	5	17.9%
Sobrecarga de trabalho	4	14.3%
Rotatividade de enfermeiros	4	14.3%
Lidar com a morte e/ou a doação de órgãos	2	7.1%
Total	28	100%

Tabela 3 - Estratégias facilitadoras na integração dos enfermeiros

Estratégias Facilitadoras	Número de referências (n)	Frequência relativa (%)
Simulação	6	31.6%
Trabalho de equipa	5	26.3%
Tutor	4	21.0%
<i>Feedback</i>	3	15.8%
Resiliência	1	5.3%
Total	19	100%

DISCUSSÃO

O cuidado à pessoa em situação crítica cria um ambiente altamente complexo nos serviços e requer profissionais com competências avançadas⁽¹⁰⁾, tornando imprescindível compreender quais as principais dificuldades sentidas pelos

enfermeiros e que estratégias facilitam o seu processo de integração de forma a alcançar o cuidado de excelência.

Através da análise dos estudos, compreendeu-se que a principal dificuldade sentida foi a comunicação com a equipa, com a pessoa em situação crítica e/ou familiares, observando-se que uma má comunicação potencia o erro em saúde influenciando a qualidade do cuidado⁽⁹⁾. O *stress* foi também uma dificuldade predominante, uma vez que os serviços de cuidado à pessoa em situação crítica são ambientes onde ocorrem confrontos diários de dilemas éticos e morais⁽¹¹⁾. A complexidade da situação de saúde da pessoa, técnicas e/ou procedimentos realizados, implica uma articulação entre o conhecimento teórico e prático, sendo necessário o desenvolvimento de competências específicas e uma tomada de decisão pronta e eficaz⁽¹⁰⁾. A sobrecarga de trabalho está diretamente relacionada com a qualidade e segurança do cuidado uma vez que é necessário despender parte do tempo no manuseamento da tecnologia diferenciada existente⁽¹⁹⁾, por exemplo, na hemodiafiltração venovenosa contínua e na técnica ECMO. A rotatividade de enfermeiros entre serviços ocorre com frequência em ambientes de cuidado à pessoa em situação crítica, culminando na incapacidade de retenção de enfermeiros qualificados⁽¹¹⁾. Por fim, lidar com a morte e/ou a doação de órgãos pode levar à necessidade de aconselhamento para desenvolver estratégias de *coping*⁽¹¹⁾.

Em continuidade, foi possível depreender que estas dificuldades se constituíram como percursos que possibilitaram a implementação de estratégias facilitadoras no processo de integração.

Considerou-se como a principal estratégia facilitadora a importância do treino especializado no cuidado à pessoa em situação crítica, destacando-se a simulação de situações reais que propicia maior confiança no profissional, melhor comunicação em equipa, bem como a deteção precoce de complicações⁽⁸⁻¹⁰⁾. A segunda estratégia mais relevante foi o trabalho em equipa, já que aumenta a eficácia e segurança do cuidado através da complementaridade do saber dos diversos elementos^(8-10,18). É também crucial para uma melhor integração o acompanhamento por um enfermeiro de referência/tutor que seja perito na área^(1,7). A transmissão de *feedback* em forma de reuniões de *debriefing* também são promotoras da aprendizagem^(1,8). Por fim, a literatura também prioriza a construção de estratégias de resiliência, como a atenção plena, o autocuidado e o bem-estar, como proteção dos enfermeiros dos efeitos negativos do *stress* no local de trabalho^(11,20,22).

A complexidade do cuidado e a necessidade de profissionais competentes que respondam de forma eficiente à diversidade de situações de saúde-doença, técnicas e/ou procedimentos, ao domínio das tecnologias e à sistematização do cuidado⁽¹⁹⁾, faz com que seja fulcral a integração do enfermeiro num serviço de cuidado à pessoa em situação crítica para colmatar qualquer adversidade. O processo de integração deve iniciar-se com o acompanhamento por um enfermeiro tutor, devendo este manter-se durante todo o período, de modo a uniformizar e potenciar as relações interpessoais⁽¹⁾. O papel do enfermeiro tutor visa a melhoria da qualidade do cuidado e segurança do próprio enfermeiro integrante⁽⁷⁾. O enfermeiro tutor deve possuir um conjunto de características, nomeadamente experiência comprovada no cuidado à pessoa em situação crítica e competências de formação^(1,7,23). Esta figura deve estar presente

preferencialmente no turno da manhã e não lhe ser atribuído um elevado rácio no cuidado, exceto se as necessidades da equipa do serviço se sobrepuser^(1,7).

Sabe-se que o período de integração não tem um prazo fixo, variando de serviço para serviço e das contingências em que ocorre este processo^(1,23).

É conhecido que quando transitamos de um lugar para outro somos desafiados enquanto profissionais, e por norma os elementos recém-admitidos são mais ansiosos⁽¹⁾. Este *stress* pode dever-se ao facto de não conhecerem a equipa e à preocupação constante em serem aceites pelos elementos mais antigos, como também à própria mudança da identidade profissional ou novidade de situações, técnicas e procedimentos⁽¹⁾. Outras fontes geradoras de *stress* relacionadas com a má adaptação dos profissionais são a falta de planeamento formal no processo de integração, o pouco envolvimento da família/pessoa significativa na tomada de decisão, o escasso apoio interdisciplinar e as diferenças na filosofia do cuidado⁽²²⁾.

A falta de comunicação em equipa pode potenciar os erros em saúde, uma vez que segundo um estudo da *Joint Commission* a comunicação foi responsável por cerca de 60% dos casos relatados de 2011 a 2013⁽⁸⁾. Sabe-se que melhorar o trabalho em equipa e, conseqüentemente, a comunicação em equipa pode prevenir muitos eventos adversos. O treino interdisciplinar em equipa pode facilitar este processo, onde se inclui, a simulação como uma estratégia de ensino emergente que visa melhorar as competências dos profissionais e a prática colaborativa e o aumento da segurança do profissional e da pessoa cuidada⁽⁸⁾. A recriação de situações de vida real permite o desenvolvimento do raciocínio clínico em situações de agravamento da pessoa, de forma controlada e num ambiente seguro, aumentando o conhecimento e confiança do profissional⁽¹⁰⁾. Desta forma, é aprimorado o desenvolvimento de muitas habilidades e comportamentos, como a colaboração, comunicação, liderança, autoeficácia, tomada de decisão, responsabilidade e confiança no seu papel e consciência da situação, através da possibilidade de deteção precoce de complicações^(8,10). A simulação é mais eficaz para quem está a aprender do que contactar diretamente com a situação crítica real, pois permite o erro e posterior *feedback*, proporcionando aos enfermeiros experiência, segurança e facilidade na tomada de decisão nas situações reais do cuidado, além de melhorar os resultados do serviço⁽¹⁰⁾. Compreende-se, então, que a simulação seguida de *debriefing* potencia a aprendizagem.

As instituições de saúde recorrem com frequência à contratação de profissionais em regime de curta duração⁽¹⁾, o que implica uma elevada rotatividade e a falta de retenção de pessoal qualificado no ambiente de trabalho. Este fenómeno ocorre frequentemente em serviços onde o cuidado à pessoa em situação crítica é uma constante, com taxas anuais entre 25% e 60%⁽¹¹⁾. Esta rotatividade deve-se ao facto de os enfermeiros considerarem estes serviços um local *stressante*, dada a alta mortalidade e morbilidade, onde ocorrem confrontos diários com dilemas éticos, com um ambiente tenso, situações que envolvem a doação de órgãos e o relacionamento com os familiares em sofrimento^(11,20). Conseqüentemente os enfermeiros desenvolvem distúrbios psicológicos, como ansiedade, depressão, síndrome de *burnout* e transtorno de *stress* pós-traumático⁽¹¹⁾. O treino da resiliência é essencial para se adaptarem de forma positiva a estas condicionantes.

Como a necessidade de profissionais de enfermagem em diferentes serviços de cuidado à pessoa em situação crítica continua a aumentar, há que garantir uma integração bem-sucedida, daí que o planeamento se constitua determinante e essencial para o treino e retenção dos enfermeiros nestes serviços^(1,21,23).

Ambientes saudáveis e melhores condições de trabalho refletem diretamente na saúde e na qualidade do atendimento dos profissionais⁽²⁰⁾. Sabe-se que sentimentos de bem-estar, satisfação e motivação são importantes para a educação e formação em contexto de trabalho^(1,19).

CONCLUSÃO

Os resultados encontrados permitiram dar resposta às questões de partida. As dificuldades sentidas pelos enfermeiros no processo de integração no cuidado à pessoa em situação crítica foram a comunicação com a equipa, pessoa em situação crítica e/ou familiares; o *stress*; a complexidade da situação de saúde da pessoa, técnicas e/ou procedimentos realizados; a sobrecarga de trabalho; a rotatividade de enfermeiros entre serviços, bem como o lidar com a morte e/ou o planeamento para a doação de órgãos.

Com o decorrer da análise dos conteúdos extraídos dos artigos, foi possível depreender que estas dificuldades se constituíram como percursos, possibilitando a implementação de estratégias facilitadoras no processo de integração, tais como a simulação de situações reais, o trabalho em equipa, o acompanhamento por um enfermeiro de referência/tutor, a transmissão de *feedback*, e ainda a construção de estratégias de resiliência.

Consideramos que esta *Scoping Review* pode apresentar algumas limitações em relação à diversidade de evidência disponível, uma vez que a abrangência de um número maior de bases de dados poderia ter facultado outros contributos importantes para a análise dos resultados. O único limitador de busca na pesquisa foi a de se considerarem apenas os artigos em texto completo disponibilizados gratuitamente.

Em suma, o processo de integração requer planeamento para definir aspetos essenciais do modelo de cuidado, sendo conseguido através do desenvolvimento de estratégias e programas abrangentes. O treino através da simulação de práticas leva à aquisição de competências fundamentais para o cuidado de excelência, tal como a atribuição de um enfermeiro tutor, ao qual competiria dar *feedback* sobre o trabalho desenvolvido. Assim é possível colmatar as dificuldades sentidas através da construção da resiliência e estratégias de *coping*, prevenindo o *burnout* e a rotatividade dos profissionais entre serviços.

Face ao exposto consideramos que esta *Scoping Review* é um alicerce para investigação futura, ficando o desafio para a elaboração de estudos primários que visem a compreensão do fenómeno nesta área do conhecimento, sendo um fenómeno transversal e pertinente para a enfermagem, contudo pouco estudado.

Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesse durante a elaboração deste artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silvestre M do C de J. Integração De Enfermeiros Em Instituições Hospitalares: Estudo De Caso. Universidade de Aveiro; 2012.
2. Benner P, Queiroz AA, Lourenço B. O Modelo Dreyfus de Aquisição de Competências Aplicado À Enfermagem. In: De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Coimbra: Quarteto Editora; 2001. p. 42–63.
3. Ballester-Arnal R, Gómez-Martínez S, Gil-Juliá B, Ferrándiz-Sellés MD, Collado-Boira EJ. Burnout y factores estresantes en profesionales sanitarios de las unidades de cuidados intensivos. *Rev Psicopatología y Psicol Clínica*. 2016;21(2):129–36.
4. Yu H, Qiao A, Gui L. Predictors of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among emergency nurses: A cross-sectional survey. *Int Emerg Nurs*. 2021;55:100961.
5. Taveira CAO. Enfermagem ... Um Percurso No Saber. Universidade Católica Portuguesa Porto; 2011.
6. Diário da República. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Regulamento n.º 429/2018 Portugal: Ordem dos Enfermeiros; 2018 p. 19359–64.
7. Torres RS, Lopez NB, Pedraz OC, Martinez MDCG, Garcia HG, Diez DH, et al. IMPLANTATION OF THE FIGURE “NURSE-TUTOR” FOR TRAINING AND TEACHING STAFF IN AN ICU. Salamanca; 2011.
8. Villemure C, Tanoubi I, Georgescu LM, Dubé J-N, Houle J. An integrative review of in situ simulation training: Implications for critical care nurses. *Can J Crit Care Nurs*. 2016;27(1):23–31.
9. Rice Y, DeLetter M, Fryman L, Parrish E, Velotta C, Talley C. Implementation and Evaluation of a Team Simulation Training Program. *J Trauma Nurs*. 2016;23(5):298–303.
10. Linn AC, Caregnato RCA, Souza EN de. Clinical simulation in nursing education in intensive therapy: an integrative review. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(4):1061–70.
11. Mealer M, Conrad D, Evans J, Jooste K, Solyntjes J, Rothbaum B, et al. Feasibility and acceptability of a resilience training program for intensive care unit nurses. *Am J Crit Care*. 2014;23(6):e97–105.
12. Apóstolo JLA. Síntese da evidência no contexto da translação da ciência. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, editor. Coimbra; 2017. 135 p.
13. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien K, Colquhoun H, Kastner M, et al. A scoping review on the conduct and reporting of scoping reviews. *BMC*

- Med Res Methodol. 2016;16:1–11.
14. Munn Z, Peters MDJ, Stern C, Tufanaru C, McArthur A, Aromataris E. Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Med Res Methodol.* 2018;18:1–8.
 15. The Joanna Briggs Institute. The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews. The Joanna Briggs Institute. Adelaide: The Joanna Briggs Institute; 2015. p. 1–24.
 16. Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party. JBI Levels of Evidence. Adelaide: The Joanna Briggs Institute; 2014. p. 1–5.
 17. Simone S, McComiskey CA, Andersen B. Integrating Nurse Practitioners Into Intensive Care Units. *Crit Care Nurse.* 2016;36(6):59–69.
 18. Ballangrud R, Hall-Lord ML, Persenius M, Hedelin B. Intensive care nurses' perceptions of simulation-based team training for building patient safety in intensive care: A descriptive qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2014;30(4):179–87.
 19. Macedo APM de C, Padilha KG, Püschel VA de A. Professional practices of education/training of nurses in an intensive care unit. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(2):321–8.
 20. Machado DA, Louro TQ, Figueiredo NMA de, Vianna LMA. THE EXHAUSTION OF NURSING: A INTEGRATIVE REVIEW OF THE BURNOUT SYNDROME IN ICU. *Rev Pesqui Cuid é Fundam online.* 2012;4(4):2765–75.
 21. Hynes P, Pinto M, Fortier W, Bennett J. The standardization of critical care nursing education and training: Strategies for advancing clinical practice in Ontario's adult ICUs. *Dyn.* 2007;18(1):23–7.
 22. Longpré C, Dubois C-A, Nguemeleu ET. Associations between level of services integration and nurses' workplace well-being. *BMC Nurs.* 2014;13:1–12.
 23. Fernandes APG, Geraldes JPM, Batista MPJ, Alves PMS. Integração de Enfermeiros no Serviço de Urgência Geral. *Sinais Vitais.* 2010;92:50–5.

APÊNDICE I - Estratégia de Pesquisa Booleana

Tabela 4 - Estratégia de Pesquisa Booleana

Número de ID	Termos de busca	Opções de busca	Número de artigos
S1	TI intregrat* OR TI training	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	417,656
S2	AB nurs* OR AB health care provider OR AB health care professional OR AB health care worker	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	993,524
S3	AB intensive care OR AB ICU OR AB critical care	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	279,362
S4	(AB intensive care OR AB ICU OR AB critical care) AND (AB nurs* OR AB health care provider OR AB health care professional OR AB health care worker) AND (AB intensive care OR AB ICU OR AB critical care)	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase	923
S5	(AB intensive care OR AB ICU OR AB critical care) AND (AB nurs* OR AB health care provider OR AB health care professional OR AB health care worker) AND (AB intensive care OR AB ICU OR AB critical care)	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase Limitadores – Texto completo	221

TI – Título

AB – Abstract

APÊNDICE II - Metodologia de Análise SWOT

Figura 2 - Metodologia de Análise SWOT na UCI

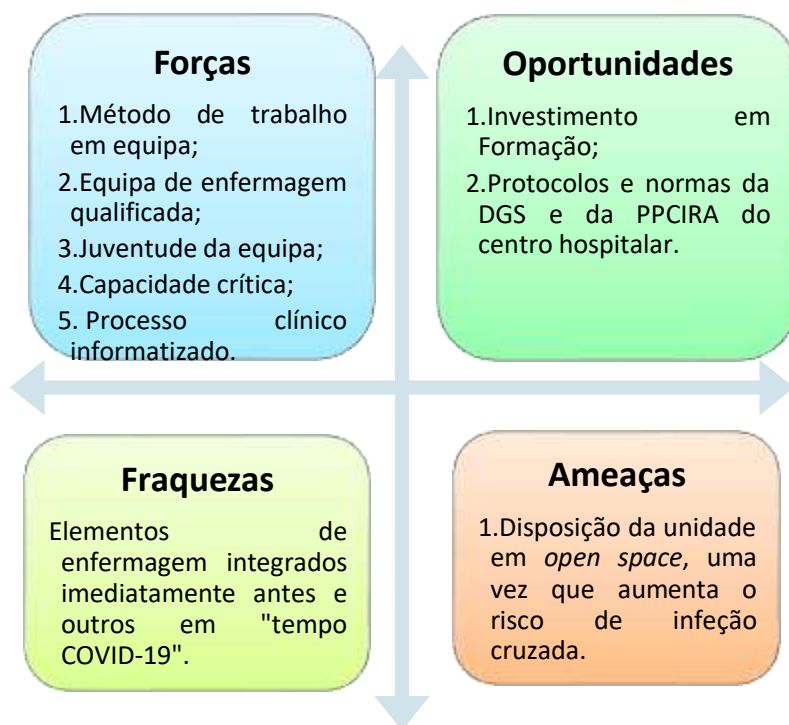
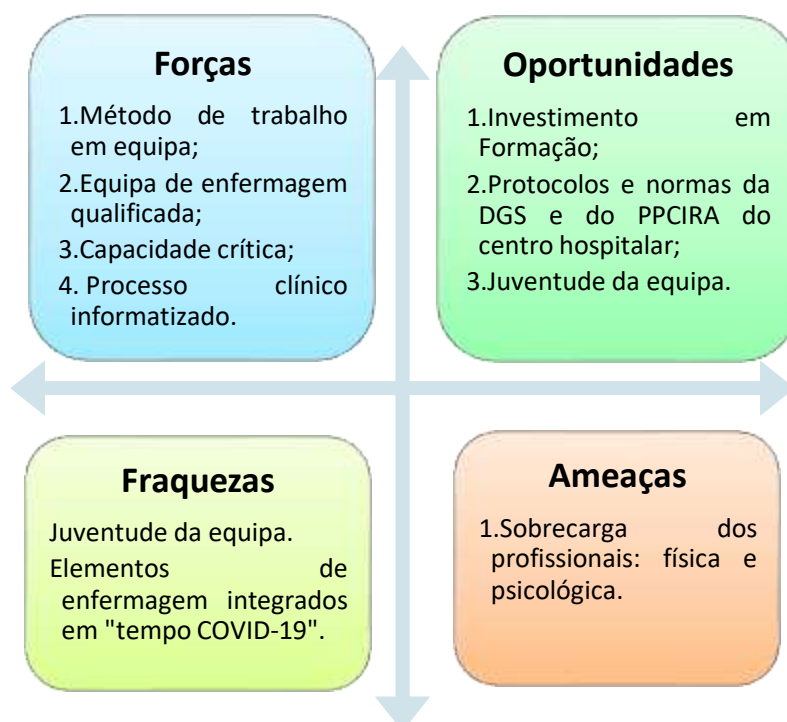


Figura 3 - Metodologia de Análise SWOT no SUC



APÊNDICE III – Identificação das Necessidades de Formação na UCI

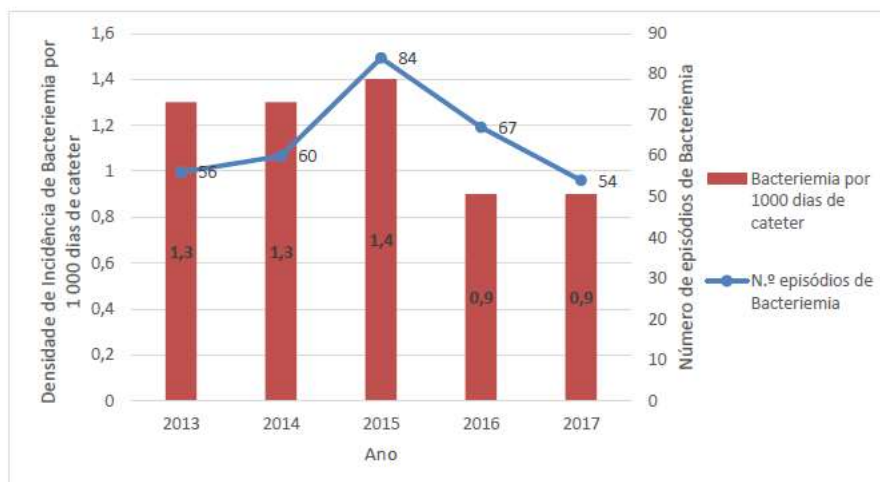
INTRODUÇÃO

A IACS é uma infeção sistémica ou localizada resultante de uma reação adversa à presença de um agente infeccioso ou das suas toxinas; sendo adquirida no contexto do cuidado de saúde e decorrente do mesmo (DGS, 2010). A taxa de IACS numa unidade de cuidados é um indicador de qualidade e de segurança da pessoa. Assim, desenvolver um sistema de vigilância epidemiológica que permita monitorizar esta taxa, é um passo fundamental que permite não só a identificação de problemas e prioridades locais como também a eficácia das medidas em controlo de infeção.

A Vigilância Epidemiológica das IACS é uma componente fundamental do planeamento em saúde, na área da prevenção e controlo da infeção, sendo uma das principais estratégias do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (PNCI). O sistema de vigilância epidemiológica do PPCIRA monitoriza a incidência de infeções relacionadas com o cateter venoso central a partir de dois programas: Infeção Nosocomial da Corrente Sanguínea (INCS) e o *Hospital Acquired Infection* (HAI)-ICU (DGS, 2015b). Ao analisar os dados de VE permite-se a divulgação dos resultados junto da equipa, monitorizando a incidência, prevalência e distribuição das IACS, de modo a identificar áreas de melhoria e motivar a equipa para a mudança. Tal é possível através do programa INCS, sendo que muitas destas infeções adquiridas em meio hospitalar, isto é, que não estavam presentes aquando a admissão da pessoa no hospital, estão associadas ao cateter venoso central, com taxas de bacteriemia substancialmente mais elevadas do que nas pessoas sem CVC (Ministério da Saúde & Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2006), “havendo evidência que a aplicação de acções preventivas contribui para a redução e controlo desta infeção” (DGS, 2010, p.5).

Nos últimos cinco anos, os valores de incidência relativamente à infeção relacionada com CVC em UCI têm oscilado entre 1,0 e 1,9 por 1000 dias de cateter (DGS, 2015b). Nos últimos anos tem-se assistido a uma tendência global de descida da incidência das IACS monitorizadas em Portugal. No gráfico 1, retirado do Relatório Anual do Programa Prioritário de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos de 2018, observa-se que existe uma redução da densidade de incidência de Bacteriemia entre 2013 e 2017.

Gráfico 1 - Evolução da Densidade de Incidência de Bacteriemia e o número de episódios de Bacteriemia nas unidades de cuidados intensivos monitorizados entre 2013 e 2017



Há que ter em consideração que os valores que são apresentados no decorrer do trabalho abrangeram apenas o programa INCS, e mais concretamente os valores avaliados no ano de 2019 na UCI desse hospital (Anexo 1).

MÉTODO

Para avaliar as necessidades dos enfermeiros procedi ao levantamento das mesmas junto da equipa, quer através de conversas integradas no cuidado com a Enfermeira Orientadora, quer através da observação da prática com recurso a uma grelha de observação do PPCIRA com dois indicadores da *bundle* da manutenção do CVC. Foram realizadas 12 observações aleatórias, com consentimento do enfermeiro-chefe da UCI. Há que ter em consideração que este instrumento de observação foi validado por duas peritas na área, uma mestre e outra doutora em enfermagem, ambas com especialização em médico-cirúrgica: pessoa em situação crítica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em seguida, na tabela 5 e nos gráficos 2 e 3, apresento os resultados das 12 observações aleatórias realizadas na UCI.

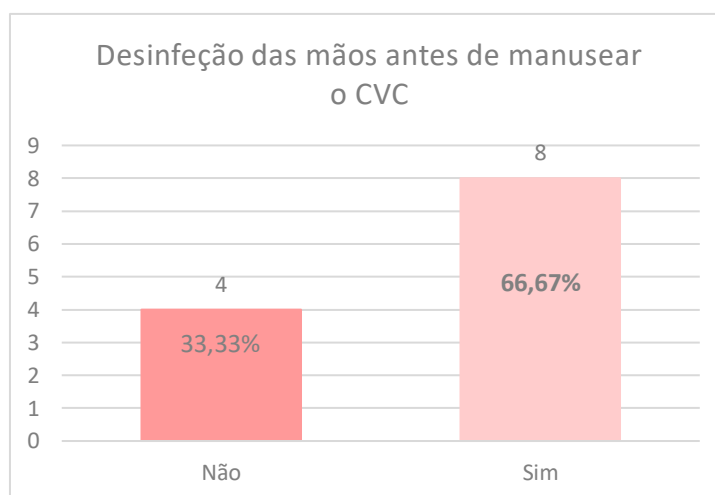
Tabela 5 - *Bundle* Manutenção CVC: Registo de Observação

	Bundle Manutenção - Critérios	Enf 1	Enf 2	Enf 3	Enf 4	Enf 5	Enf 6	Enf 7	Enf 8	Enf 9	Enf 10	Enf 11	Enf 12
1	Desinfecção das mãos antes de manusear o CVC	S	S	N	S	S	N	S	S	N	S	S	N
2	Descontaminação dos acessos antes de aceder ao CVC por fricção com álcool a 70° ou solução alcoólica de clorohexidina	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	S

Assinalar: S (Sim) ou N (Não) ou II (Informação Incompleta)

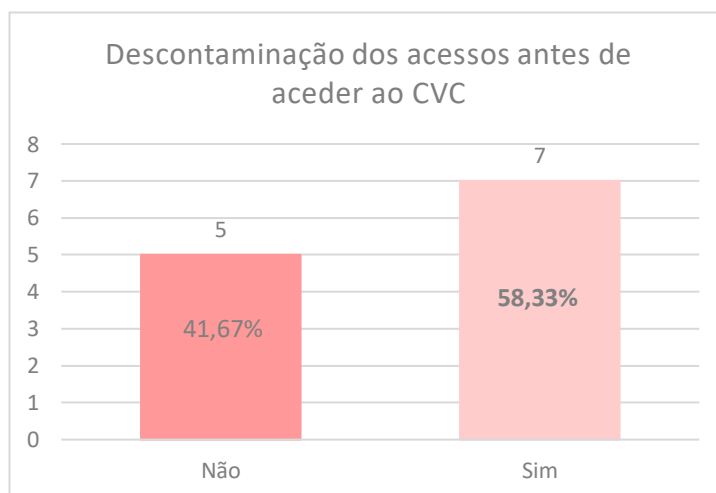
Direção-Geral da Saúde. (16 de Dezembro de 2015). Norma n.º 022/2015. "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infeção Relacionada com Cate Venoso Central.

Gráfico 2 - Desinfecção das mãos antes de manusear o CVC



Da observação realizada constatei que 33,33% dos enfermeiros não realiza a higienização das mãos antes do manuseio do CVC.

Gráfico 3 - Descontaminação dos acessos antes de aceder ao CVC por fricção com álcool a 70° ou solução alcoólica de clorohexidina



Da observação realizada constatei que 41.67% dos enfermeiros não descontamina os acessos (torneira ou obturador) antes de aceder ao CVC por fricção com álcool a 70° ou solução alcoólica de clorohexidina.

Após a análise dos resultados, considerei que a prevenção das infeções relacionadas com o CVC seria um tema pertinente para realizar uma sessão de formação, uma vez que tem impacto na prática clínica, pois representam cerca de 20% das IACS e atingem mais de 10% das pessoas internados em UCI (DGS, 2015b; DGS & PPCIRA, 2015).

CONCLUSÃO

Segundo as recomendações para prevenção da infeção associada aos dispositivos intravasculares (2006), as taxas de INCS podem ser influenciadas por fatores de risco intrínsecos da pessoa cuidada, tais como o tipo e gravidade da doença (por exemplo, grande queimado, cirurgia cardíaca). Pode também ser influenciada por parâmetros relacionados com o cateter, nomeadamente as condições em que foram colocados (eletiva versus urgente) e o tipo de cateter (tunelizáveis versus percutâneos) ou pelo local de colocação (veia subclávia versus veia jugular). A intervenção do enfermeiro pode fazer a diferença na prevenção e controlo das IACS nomeadamente nas infeções relacionadas com o CVC.

Os enfermeiros têm um papel fundamental no controlo de infeção porque as potenciais fontes de contaminação dos dispositivos intravasculares são as mãos dos profissionais (Ministério da Saúde & Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2006). Compreende-se que as colonizações do cateter e as infeções da corrente sanguínea associadas a cateteres vasculares (IACV) são eventos potencialmente evitáveis, uma vez que representam vias de transmissão exógenas. O desenvolvimento de boas práticas na prevenção e controlo de infeções é uma prioridade nos sistemas de saúde. As IACS podem ser prevenidas através da implementação de *bundles* ou “feixes de intervenção” (DGS, 2015b), um conjunto de intervenções que quando utilizadas de forma integrada permitem um melhor resultado, do que a mera adição do efeito de cada uma das intervenções realizadas individualmente (DGS, 2015b).

Segundo o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, criado pelo Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro de 2015, IACS complicam o tratamento adequado da pessoa e são causa significativa de morbilidade e mortalidade, aumentando a

utilização de recursos hospitalares e comunitários. Como cerca de um terço das IACS são evitáveis (Ministério da Saúde, 2015) através de boas práticas de cuidado, a gestão do risco é essencial. A realização da presente sessão de formação neste âmbito foi uma mais-valia para a mobilização de conhecimentos e melhoria do cuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção-Geral da Saúde. (2010). Vigilância Epidemiológica da Infecção Nosocomial da Corrente Sanguínea. *Programa Nacional da Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde*.
- Direção-Geral da Saúde. (16 de 12 de 2015). Norma n.º 022/2015. "*Feixe de Intervenções*" de Prevenção de Infecção Relacionada com *Cater Venoso Central*.
- Direção-Geral da Saúde., & Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos. (2015). Programa de Vigilância Epidemiológica das Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea: Protocolo. *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos*.
- Ministério da Saúde. (10 de Fevereiro de 2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Despacho n.º 1400/A/2015, 2.ª Série - N.º 28, 3882-(2)-3882-*(10). Diário da República.
- Ministério da Saúde., & Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. (2006). Recomendações para Prevenção da Infecção Associada aos Dispositivos Intravasculares. *Programa Nacional de Controlo de Infecção*. PNCI.
- Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. (2018). *Infecções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário 2018*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

APÊNDICE IV - Plano de Sessão de Formação sobre a “Prevenção das Infecções relacionadas com Cateteres Intravasculares”

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema: *Prevenção das Infecções relacionadas com Cateteres Intravasculares*

Formadora: Patrícia Sofia Rodrigues Correia, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização: Pessoa em Situação Crítica, do Instituto de Ciências da Saúde - Lisboa, da Universidade Católica Portuguesa

Orientação Clínica: Enfermeira Mestre em Médico-Cirúrgica e Especialista na Pessoa em Situação Crítica

População-alvo: Enfermeiros da UCI

Local: Sala onde ocorre passagem de turno na UCI

Data: 22 e 24 de Outubro de 2020

Horário: 15h30-15h50 e 23h00-23h20

Duração: 20 minutos

Objetivo geral: Sensibilizar os enfermeiros para a prevenção das IACS, nomeadamente na utilização dos cateteres intravasculares e, deste modo, uniformizar as práticas na manutenção do CVC.

Tabela 6 - Organização do Plano de Sessão de Formação

Etapas	Conteúdos	Método	Recursos	Tempo
Introdução	Apresentação da formadora; Apresentação da sessão de formação: tema e sua importância; Objetivos.	Expositivo	Computador	3 minutos
Desenvolvimento	Contextualização da temática; Impacto na prática; IACS e VE; Fatores de risco; <i>Bundle</i> da manutenção do CVC.	Expositivo	Computador	11 minutos
Conclusão	Síntese sobre os conteúdos abordados; Esclarecimento de dúvidas.	Expositivo; <i>Brainstorming</i> ; Interrogativo	Computador	4 minutos
Avaliação	Aplicação do questionário de avaliação da sessão.	Expositivo	Questionário	2 minutos

APÊNDICE V - Divulgação da Sessão de Formação



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LEONARDO FERREIRA

Prevenção das Infecções relacionadas com Cateteres Intravasculares



DIVULGAÇÃO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

HOSPITAL [REDACTED]

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

22 OUTUBRO DAS 15H30-15H50 E DAS 23H00-23H20

MESTRANDA:
PATRÍCIA SOFIA RODRIGUES CORREIA, N.º 192019001

DOCENTE ORIENTADOR:
PROFESSORA DOUTORA FILIPA VELUDO

ORIENTADOR CLÍNICO:
ENFERMEIRA ESPECIALISTA [REDACTED]

Com apoio de GCL - PPCIRA

APÊNDICE VI - Sessão de Formação: *Prevenção das Infecções relacionadas com Cateteres Intravasculares*

Prevenção das Infeções relacionadas com Cateteres Intravasculares

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

HOSPITAL [REDACTED]
UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

MESTRANDA:
PATRÍCIA SOFIA RODRIGUES CORREIA, N.º 192019001

DOCENTE ORIENTADOR:
PROFESSORA DOUTORA FILIPA VELUDO

ORIENTADOR CLÍNICO:
ENFERMEIRA ESPECIALISTA [REDACTED]

OUTUBRO, 2020

Com apoio de GCL - PPCIRA

OBJETIVOS

- Sensibilizar para a prevenção das infeções relacionadas com o uso dos cateteres intravasculares
- Reduzir as complicações associadas à sua utilização
- Uniformizar as práticas referentes, essencialmente, à manutenção do CVC

Contextualização



Promover a qualidade do cuidado à pessoa em situação crítica no âmbito das IACS.

	Bundle Manutenção - Critérios	Enf 1	Enf 2	Enf 3	Enf 4	Enf 5	Enf 6	Enf 7	Enf 8	Enf 9	Enf 10	Enf 11	Enf 12
1	Desinfecção das mãos antes de manusear o CVC	S	S	N	S	S	N	S	S	N	S	S	N
2	Descontaminação dos acessos antes de aceder ao CVC por fricção com álcool a 70º ou solução alcoólica de clorhexidina	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	S

Tabela 1 - Bundle Manutenção CVC: Registo de Observação

IMPACTO NA PRÁTICA

As infeções relacionadas com cateteres intravasculares

- 20% das infeções estão associadas aos cuidados de saúde
- > 10% dos doentes internados em UCI
- Mortalidade: 16 a 25% em doentes graves

INFEÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

Segundo o PNSD 2015-2020, as IACS:

- Dificultam o tratamento adequado do doente
- Causam morbimortalidade
- Aumentam consumo de recursos hospitalares e comunitários
- Criam insegurança nos utilizadores das instituições

Cerca de um terço das IACS “são, seguramente, evitáveis”, pelo que a gestão do risco é essencial para garantir a segurança do doente e evitar incidentes, que podem ser frequentes, por vezes graves e frequentemente evitáveis.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

A V.E. é uma componente fundamental do planeamento em saúde na área da prevenção e controlo de infeção.

O sistema de vigilância epidemiológica do PPCIRA monitoriza a incidência de infeções relacionadas com o cateter venoso central a partir de dois programas:

- Infeção Nasocomial da Corrente Sanguínea (INCS)
- Hospital Acquired Infection (HAI)-ICU.

A INCS é de origem primária e associada ao CVC quando não está associada a uma infeção de um outro local do corpo, isto é, a INCS diagnosticada tem como ponto de partida a confirmação laboratorial e o mesmo microrganismo é isolado na ponta de cateter. Considera-se que a INCS é associada ao CVC se o cateter foi colocado no período de 48 horas antes do início da INCS, não havendo tempo mínimo de permanência para que a INCS seja associada a CVC.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

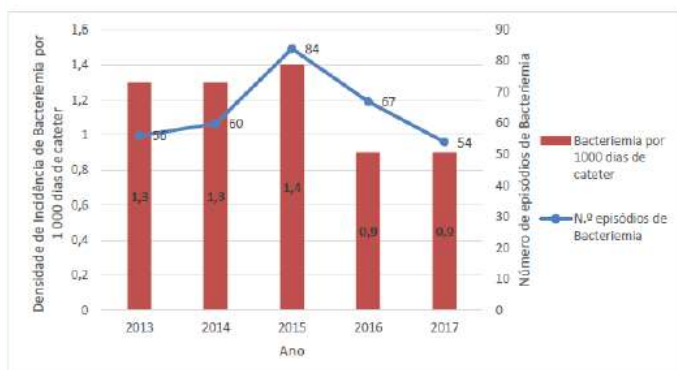


Gráfico 1: Evolução da Densidade de Incidência de Bacteriemia e o número de episódios de Bacteriemia nas unidades de cuidados intensivos monitorizados entre 2013 e 2017.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Vigilância Epidemiológica das Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea (INCS)	
UCI	Ano 2019
Doentes admitidos	621
Índice de Exposição - número de dias de CVC	0.79
Taxa de INCS relacionada com CVC	1.5%
Número de episódios de INCS	37
Origem provável das INCS	
Primária – Não identificada	11
Primária – Relacionada com CVC	4
Número de episódios de INCS por fator de risco extrínseco CVC	35

Tabela 2 - Vigilância Epidemiológica das INCS realizado em 2019 na UCI

FATORES DE RISCO

Segundo as recomendações para prevenção da infecção associada aos dispositivos intravasculares (2006), as taxas de INCS podem ser influenciadas por fatores de risco.

Factores de risco intrínsecos

- Extremos de idade
- Gravidade da doença e comorbilidades
 - Grande queimado, cirurgia cardíaca
- Situação imune (especialmente neutropenia)
- Má nutrição
- Integridade da pele e mucosas
- Existência de um foco de infecção

FATORES DE RISCO

Segundo as recomendações para prevenção da infecção associada aos dispositivos intravasculares (2006), as taxas de INCS podem ser influenciadas por fatores de risco.

Factores de risco extrínsecos

- **Tipo de cateter**
 - N° lúmens: único < múltiplos
- **Localização do cateter**
 - Complicações infecciosas: femoral > jugular > subclávia
- Tipo de penso e antissépticos
- **Condições da inserção** (urgente vs electiva) e **experiência** de quem o colocou
- **Cuidados do pessoal de saúde** na manutenção do cateter e globalmente na prevenção de infecção nosocomial
- **Duração da cateterização**
- N° de procedimentos invasivos a que o doente foi sujeito (p. exº algaliação, VM, drenos, etc.)
- Duração do internamento
- **Nutrição parentérica**
- **Hemodiálise ou hemodiafiltração**

Multifactorial

Complexa

Potenciais fontes de contaminação dos dispositivos intravasculares são:

- Mãos dos profissionais;
- Microflora da pele do doente;
- Ponta de cateter contaminada durante a inserção;
- Colonização das conexões do cateter;
- Fluidos contaminados.

Bundle da Manutenção do CVC

- Avaliação diária da necessidade de manutenção do CVC
- Realização da higienização das mãos com água e sabão seguido de fricção com solução antisséptica de base alcoólica antes de manusear o CVC
- Descontaminação das conexões (pontos de acesso dos sistemas e prolongamentos: torneiras de três vias, obturador...) com cloro-hexidina a 2% em álcool ou álcool a 70° antes de qualquer manuseamento do local, durante 10 a 15 segundos e deixar secar antes de conectar qualquer dispositivo estéril.
- Mudança do penso com técnica asséptica e com periodicidade adequada, isto é, sempre que se verifique:
 - Penso visivelmente sujo, com sangue ou descolado da pele;
 - 2 dias após a sua realização, se penso com compressa;
 - 7 dias após a sua realização, se penso transparente ou semi-permeável

MANUTENÇÃO DO CVC

Particularidades do Penso

Utilizar pensos estéreis

Pensos transparentes semipermeáveis

vs

compressa com adesivo

Não há diferença, no que respeita ao risco de infeção

Penso transparente:

- Melhor fixação do cateter
- Monitorização visual contínua
- Mudanças menos frequentes

Preferir os pensos com compressa se o local de inserção do cateter estiver sangrante ou houver sudação excessiva da pele.

ADMINISTRAÇÃO E SUBSTITUIÇÃO DOS FLUIDOS INTRAVENOSOS, SISTEMAS DE ADMINISTRAÇÃO E ACESSÓRIOS

- Se alimentação parentérica – 1 lúmen exclusivamente para esse efeito
- Substituir sistemas de alimentação parentérica a cada 24 h
- Utilizar o mínimo de prolongamentos, torneiras de 3 vias e adaptadores, uma vez que funcionam como porta de entrada para a corrente sanguínea
- Colocar tampas quando não se utiliza o acesso da torneira, mas assegurar a não contaminação da tampa
- Substituir os sistemas, bem como torneiras e bionecteurs a cada 4 a 7 dias
- Substituir sistemas utilizados na perfusão de propofol de acordo com instruções do fabricante (6 a 12 horas) ou quando se substitui o reservatório (frasco ou seringa)

CONCLUSÃO



<http://www.sociedade.medicinaeinfantim.com.br/juntos-fazemos-a-diferenca>

Muito obrigada pela atenção de todos!!!



<http://www.pedagogia.com.br/assuntos/medicina/muito-obrigada-a-todos.html>

BIBLIOGRAFIA

- [Redigido]
- Direção-Geral da Saúde. (2010). Vigilância Epidemiológica da Infecção Nosocomial da Corrente Sanguínea. *Programa Nacional da Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde*.
- Direção-Geral da Saúde. (16 de Dezembro de 2015). Norma n.º 022/2015. "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção Relacionada com Catear Venoso Central.
- Direção-Geral da Saúde. (10 de Fevereiro de 2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Despacho n.º 1400-A/2015 do Diário da República, Série II, N.º 28*.
- Direção-Geral da Saúde. (16 de Outubro de 2019). Norma n.º 007/2019. *Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*.
- Ordem dos Enfermeiros. (16 de Julho de 2018). Regulamento n.º 429/2018. *Diário da República n.º 135/2018, Série II, 19359-19370*.
- Ordem dos Enfermeiros. (06 de Fevereiro de 2019). Regulamento n.º 140/2019. *Diário da República n.º 26/2019, Série II, 4744-4750*.
- Ministério da Saúde, & Instituto Nacional Ricardo Jorge. (2006). Recomendações para Prevenção da Infecção Associada aos Dispositivos Intravasculares. *Programa Nacional de Controlo de Infecção*. PNCI.

APÊNDICE VII - Avaliação da Sessão de Formação na UCI

Avaliação da Sessão

INTRODUÇÃO

Num contexto mundial que impõe à sociedade mudanças inevitáveis, somos desafiados a todo o tempo e temos de nos adaptar para estarmos em sintonia com a evolução. Em particular, sendo a enfermagem uma profissão em constante avanço e constituindo uma parte fundamental da estrutura organizacional do hospital, há que ter preocupação com o autodesenvolvimento, adquirindo habilidades e conhecimentos novos, em sintonia com as tecnologias emergentes (Balsanelli & Cunha, 2006). Na verdade, apesar de toda a transformação social que vivenciamos, a tecnologia não substitui a necessidade de orientar as pessoas para o alcance de objetivos.

Após realização da sessão de formação sobre a *Prevenção das Infecções relacionadas com Cateteres Intravasculares*, torna-se imperativo avaliar o impacto sobre os formandos, nomeadamente se esta foi útil para o cuidado futuro dos enfermeiros da UCI.

MÉTODO

A fim de melhorar as futuras ações de formação, foi construído um instrumento de avaliação da sessão com base no fornecido pelo centro hospitalar, mas adaptado em alguns itens, nomeadamente a utilidade da sessão para o cuidado futuro dos enfermeiros (Apêndice VIII). Este questionário anónimo foi aplicado no final da sessão a cada participante. Os 18 enfermeiros responderam às 9 questões colocadas, sendo que para cada estava associada uma escala de resposta/classificação que variava entre 1 e 5 (1- MUITO POUCO; 2- POUCO; 3- MÉDIO; 4- MUITO E 5- BASTANTE). Este instrumento de avaliação foi validado por duas peritas na área, uma mestre e outra doutora em enfermagem, ambas com especialização em médico-cirúrgica: pessoa em situação crítica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De seguida, em formato de gráfico de barras, apresento os resultados para cada questão avaliada, considerando para cada questão colocada o número total de enfermeiros (18) e a escala de resposta/classificação correspondente.

Gráfico 4 - Desempenho geral do formador: Domínio

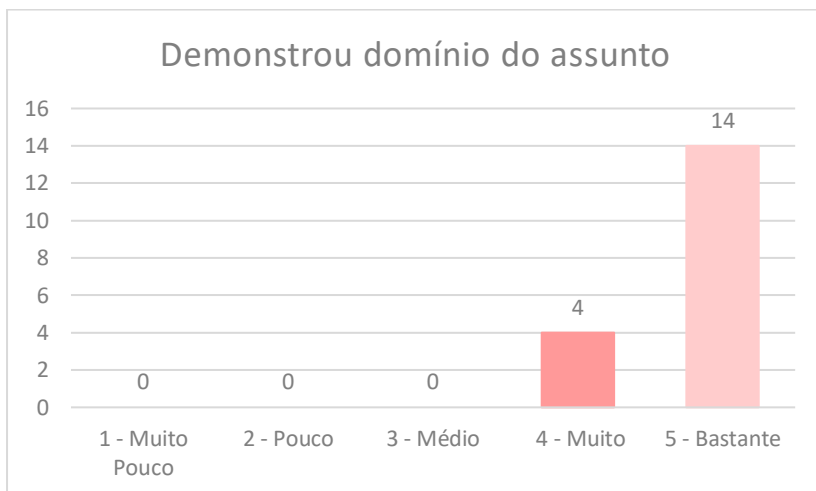


Gráfico 5 - Desempenho geral do formador: Tempo

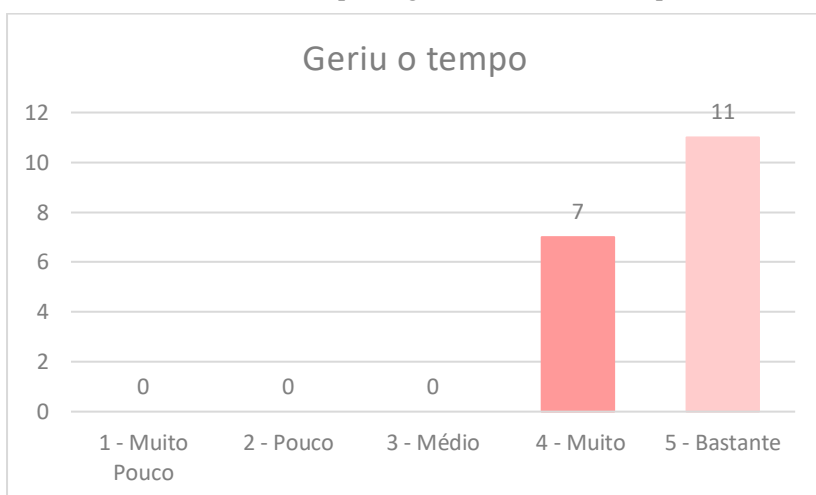


Gráfico 6 - Desempenho geral do formador: Linguagem

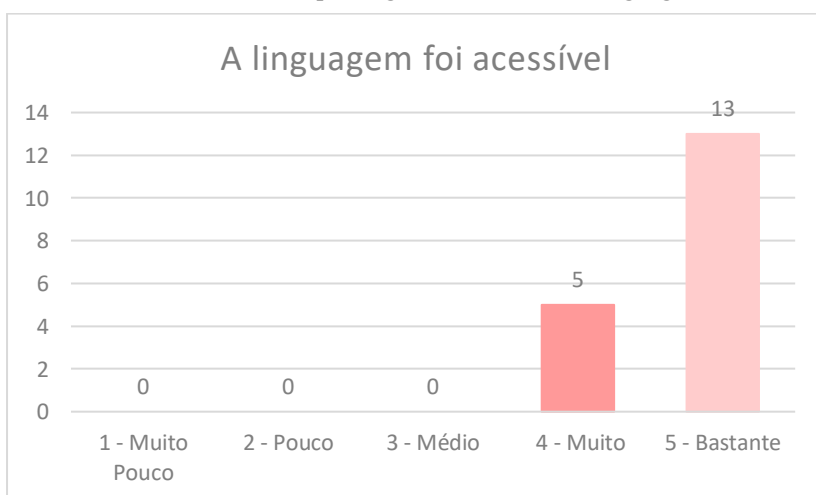


Gráfico 7 - Qualidade e adequação dos recursos utilizados

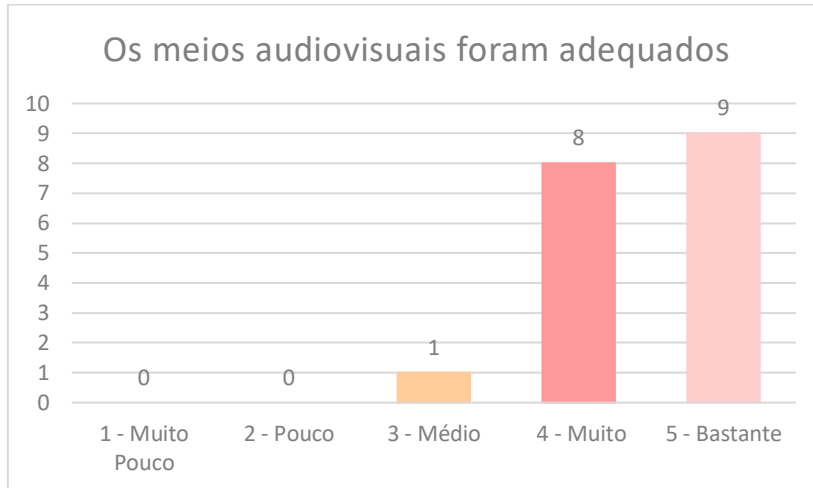


Gráfico 8 - Qualidade e adequação das instalações

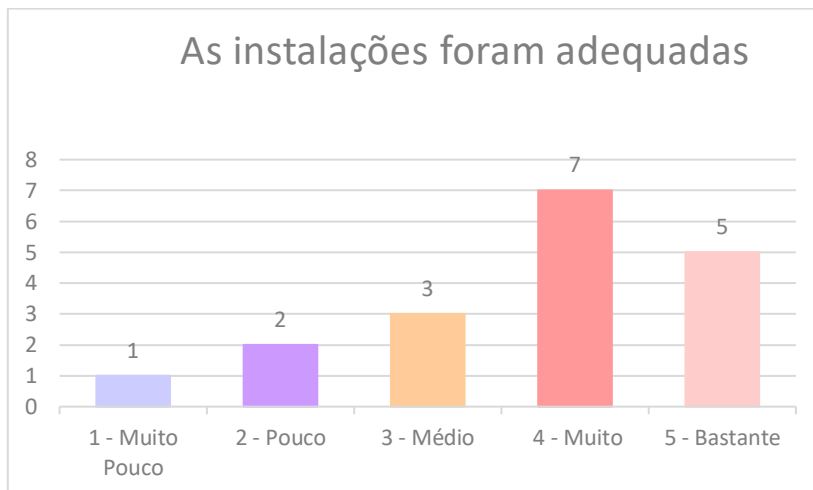


Gráfico 9 - Cumprimento dos objetivos

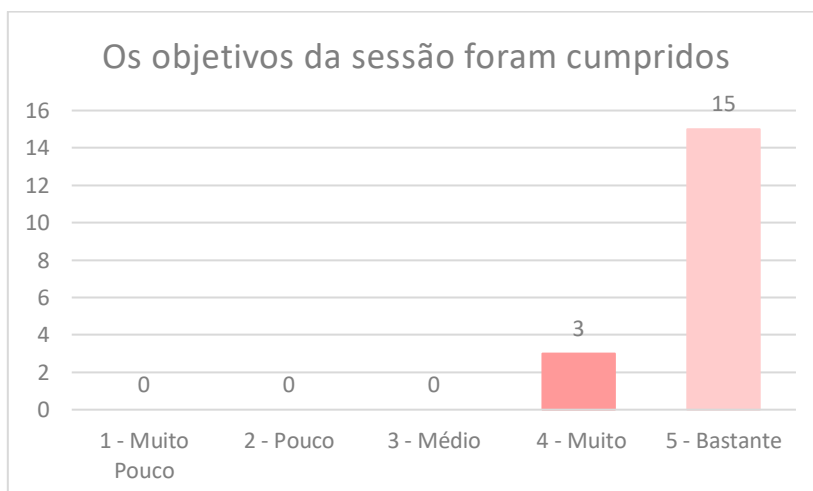


Gráfico 10 - Importância dos conteúdos da formação

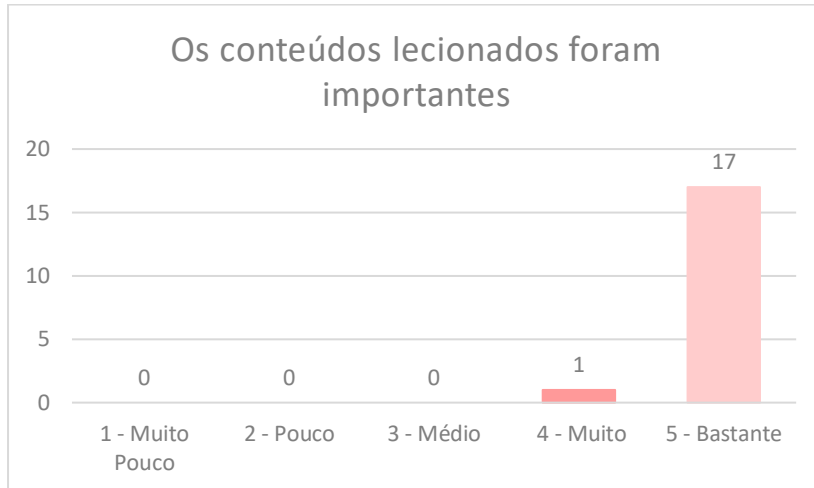


Gráfico 11 - Importância dos conteúdos da formação: Compreensão

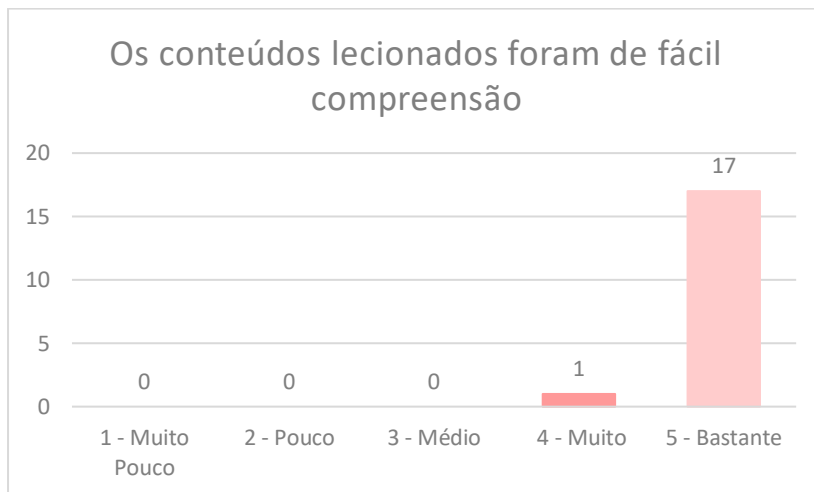
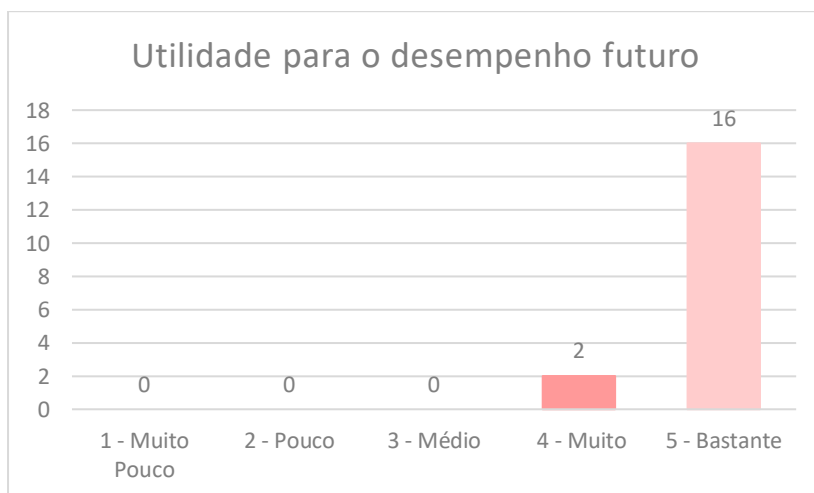


Gráfico 12 - Utilidade da sessão de formação



Através da análise dos resultados, constato que a questão com maior disparidade na resposta está relacionada com a qualidade e adequação das instalações, seguida da qualidade e adequação dos recursos. De facto, a sessão de formação ocorreu no local em que os enfermeiros realizam a passagem de turno, que apesar de ampla, não tem projetor, pelo que os enfermeiros tinham de estar muito próximos para visualização da apresentação no computador. Contudo, considero que o meu desempenho geral enquanto formadora, quer através da linguagem utilizada (clara e acessível), quer através da correta gestão do tempo e domínio do assunto, foram pontos fulcrais para captar a atenção dos participantes e conseguir alcançar o público-alvo, focando-os na apresentação.

Considerando a utilidade da sessão de formação, constatei que em 18 participantes, 16 consideraram-na BASTANTE útil para o seu desempenho futuro, correspondendo a 89% dos enfermeiros e, 2 participantes consideraram a sessão MUITO útil, o que corresponde a 11%. Assim, o objetivo foi cumprido com sucesso, uma vez que a totalidade dos enfermeiros considerou a sessão muito ou bastante importante para o seu cuidado.

CONCLUSÃO

O saber em enfermagem é maleável e instável, pelo que é necessária uma atualização constante (Cruz, 2008). Através de uma cultura de aprendizagem ao longo da vida, as ações de formação visam a transmissão de informação mais atual e conseqüentemente a adoção do raciocínio clínico, de modo a acompanhar os novos desafios de um Mundo em permanente mudança e, concretamente, da enfermagem. Os recursos tecnológicos potenciam o processo educacional, permitindo uma aprendizagem diferenciada (Domingues, 2017). Existe excesso de informação disponível, que nem sempre é viável ou oportuna, e ameaça os enfermeiros, na medida em que ficam apenas na superficialidade da informação (Cruz, 2008). Deste modo, achei pertinente desenvolver uma sessão de formação sobre a prevenção das infeções associadas com o CVC, de forma a compilar de forma sucinta os aspetos essenciais, e reunir o saber nesta área do conhecimento fulcral para a qualidade e segurança do cuidado.

Sabe-se que existe uma estreita relação entre qualidade e quantidade de informação disponível (Cruz, 2008), pelo que o compromisso assumido com esta sessão de formação, em transformar o conhecimento relativo ao imenso volume de informação disponível sobre

IACS, nomeadamente, na prevenção das infeções associadas com o CVC, foi concluído com sucesso. A totalidade dos enfermeiros considerou a sessão muito ou bastante importante para o seu cuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Balsanelli, A. P., & Cunha, I. K. (2006). Liderança no contexto da enfermagem. *Rev da Escola de Enfermagem da USP*, 40 (1), pp. 117-122.

Cruz, J. M. (Set/Dez de 2008). Processo de ensino-aprendizagem na sociedade da informação. *Educação & Sociedade*, 29, n° 105, pp. 1023-1042. Obtido de <http://www.cedes.unicamp.br>

Domingues, N. O. (2017). *As Tecnologias de Informação e Comunicação: um recurso na promoção das aprendizagens*. Escola Superior de Educação Jean Piaget / Arcozelo. Gulpilhares: Instituto Piaget.

APÊNDICE VIII - Questionário de Avaliação da Sessão pelo Formando

Avaliação da Sessão pelo Formando

Identificação do Formador: Enfermeira Patrícia Correia

Identificação da Sessão de Formação: *Prevenção das Infecções relacionadas com Cateteres Intravasculares*

Local: Hospital da Área Metropolitana de Lisboa

Serviço: UCI

Data: 22 de Outubro de 2020 Horário: 15h30 às 15h50

A fim de melhorar as futuras ações de formação, e porque a sua opinião acerca do meu desempenho é de extrema importância, peço-lhe que responda a este questionário anónimo, de forma clara.

A cada questão apresentada, está associada uma escala de resposta/classificação que varia entre 1 e 5 (1- MUITO POUCO; 2- POUCO; 3- MÉDIO; 4- MUITO E 5- BASTANTE). Assinale com um círculo, a resposta que considera mais adequada.

1- Desempenho geral do formador

Demonstrou domínio do assunto	1	2	3	4	5
Geriu o tempo	1	2	3	4	5
A linguagem foi acessível	1	2	3	4	5

2- Qualidade e adequação dos recursos utilizados

Os meios audiovisuais foram adequados	1	2	3	4	5
---------------------------------------	---	---	---	---	---

3- Qualidade e adequação das instalações

As instalações foram adequadas	1	2	3	4	5
--------------------------------	---	---	---	---	---

4- Cumprimento dos objetivos

Os objetivos da sessão foram cumpridos	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

5- Importância dos conteúdos da formação

Os conteúdos lecionados foram importantes	1	2	3	4	5
Os conteúdos lecionados foram de fácil compreensão	1	2	3	4	5

6- Utilidade da sessão de formação

Considera que a sessão de formação foi útil para o seu desempenho futuro	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

Sugestões/Comentários

**APÊNDICE IX – Resumo do *poster* sobre as *Estratégias Facilitadoras*
na *Integração do Enfermeiro no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica***

III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem

27 de novembro 2020

Escola de Enfermagem (Lisboa) – Instituto de Ciências da Saúde

Universidade Católica Portuguesa

RESUMO – Posters

Título do Poster: Estratégias Facilitadoras na Integração do Enfermeiro no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica: uma *Scoping Review*

Autorias: Flores, Diana¹; Imperadeiro, Inês¹; Correia, Patrícia¹; Veludo, Filipa²; Madureira, Manuela³; Sousa, Patrícia³.

Afiliação dos autores:

¹Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa (ICS-UCP), RN;

² ICS-UCP, RN, MsEC, PhD;

³ ICS-UCP, RN, MsNC, PhD.

Resumo

Introdução: O início da atividade profissional ou a mobilização de profissionais entre serviços é uma realidade que impõe desafios aos enfermeiros. A aquisição de competências específicas, nomeadamente num serviço de cuidado à pessoa em situação crítica, é essencial. Embora o enfermeiro seja perito num dado contexto, ao transitar para outro contexto, retorna ao nível de competência iniciado-avançado, uma vez que já experienciou situações reais e é capaz de identificar os “fatores significativos que se reproduzem em situações idênticas” (Benner, 2001, p. 50).

A integração é decisiva no sucesso e adaptação do enfermeiro à Instituição de Saúde e, simultaneamente, permite o desenvolvimento de competências, a aquisição de autoconfiança e a construção da sua identidade profissional (Taveira, 2011).

A integração do enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica constitui uma preocupação cada vez maior pela mobilização de profissionais de enfermagem entre diferentes serviços e contratação de novos profissionais.

Objetivo:

- Mapear o conhecimento das estratégias facilitadoras na Integração do Enfermeiro no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica.

Materiais e Métodos: De acordo com o estado da arte e a natureza dos objetivos, efetuou-se uma *Scoping Review*. Foram definidos os critérios de inclusão de acordo com o PCC (População – Enfermeiro; Conceito – Estratégias facilitadoras na integração; Contexto – Cuidado à pessoa em situação crítica).

Os descritores foram definidos recorrendo à plataforma MeSH, assim como foram pesquisadas palavras sinónimas. Operacionalizou-se a pesquisa com a estratégia booleana: (AB intensive care OR AB critical care) AND (AB nurs* OR AB health care provider OR AB health care professional OR AB health care worker) AND (TI Integral* OR TI training). Recorreu-se às bases de dados CINHALL, MEDLINE, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane, LISTA (Library, Information Science Technology Abstracts) e MedicLatina, para além do Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP).

Os tipos de estudos privilegiados foram estudos primários, secundários e de opinião, sendo que o único limitador de resultado foi a existência de texto completo. Não foi definido um limite temporal dada a escassa evidência disponível. Foram incluídos artigos em português, inglês, espanhol e francês.

A seleção da amostra final foi realizada por três revisores independentes, pela leitura do título, leitura do resumo, leitura do texto completo e leitura das referências bibliográficas dos artigos selecionados. Sistematiza-se a seleção da amostra pelo fluxograma PRISMA com a inclusão de 13 artigos.

Resultados: Da análise preliminar pode considerar-se como a principal estratégia facilitadora a importância do treino especializado no cuidado à pessoa em situação crítica (ex: simulação de situações reais, que propicia maior confiança no profissional, melhor comunicação em equipa, bem como a deteção precoce de complicações). A segunda estratégia mais relevante é o trabalho em equipa, pois este aumenta a eficácia e

segurança do cuidado através da complementaridade do saber dos diversos elementos. É também crucial para uma melhor integração o acompanhamento por um enfermeiro de referência/tutor que seja perito na área. A transmissão de *feedback* em forma de reuniões de *debriefing* também ajudam a promover a aprendizagem. Para além disto, é também importante a construção de estratégias de resiliência, como a atenção plena, o autocuidado e o bem-estar, para ajudar a proteger os enfermeiros dos efeitos negativos do *stress* no local de trabalho.

Em continuidade, foi possível depreender que estas estratégias se constituem como uma resposta dos enfermeiros às dificuldades sentidas, a saber: a carga de trabalho, o *stress*, a complexidade das técnicas e/ou procedimentos realizados, lidar com a morte e/ou a doação de órgãos, bem como a comunicação com a pessoa em situação crítica e/ou familiares.

Conclusão: Integrar enfermeiros requer planeamento estratégico para definir aspetos essenciais do modelo de cuidado, sendo conseguido através do desenvolvimento de estratégias e programas abrangentes que permitam integrar e treinar esses enfermeiros. O treino através da simulação de práticas leva à aquisição de competências fundamentais para o cuidado de excelência, tal como a atribuição de um enfermeiro tutor e *feedback* sobre o trabalho desenvolvido. Isto permite a construção da resiliência e estratégias de *coping*, prevenindo o *burnout* e a rotatividade dos profissionais entre serviços.

Referências Bibliográficas:

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

Taveira, C. (2011). *Enfermagem... Um percurso no saber*. Relatório de Estágio para Obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Porto.

APÊNDICE X - *Poster sobre as Estratégias Facilitadoras na Integração do Enfermeiro no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica*



ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: PROTAGONISTA NO PRESENTE INOVADORA NO FUTURO

Estratégias Facilitadoras na Integração do Enfermeiro no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica: uma Scoping Review

Autores: Flores, Diana¹; Imperador, Inês¹; Correia, Patrícia¹; Veloso, Filipe²; Madureira, Manuela³; Sousa, Patrícia⁴
Afiliação dos autores:
¹Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa (ICS-UCP), RN;
²ICS-UCP, RN, M&EC, PhD;
³ICS-UCP, RN, M&EC, PhD

INTRODUÇÃO:

O início da atividade profissional ou a mobilização de profissionais entre serviços é uma realidade que impõe desafios aos enfermeiros. A aquisição de competências específicas, nomeadamente num serviço de cuidado à pessoa em situação crítica, é essencial. Embora o enfermeiro seja perto num dado contexto, ao transitar para outro contexto, retorna ao nível de competência iniciado-avanzado, uma vez que já experienciou situações reais e é capaz de identificar os "fatores significativos que se reproduzem em situações idênticas" (Benner, 2001, p. 50).

A integração é decisiva no sucesso e adaptação do enfermeiro à Instituição de Saúde e, simultaneamente, permite o desenvolvimento de competências, a aquisição de autoconfiança e a construção da sua identidade profissional (Taveira, 2011).

A integração do enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica constitui uma preocupação cada vez maior pela mobilização de profissionais de enfermagem entre diferentes serviços e a contratação de novos profissionais.

Objetivo:

- Mapear o conhecimento das estratégias facilitadoras na Integração do Enfermeiro no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica.

MATERIAIS E MÉTODOS:

- De acordo com o estado da arte e a natureza dos objetivos, efetuou-se uma *Scoping Review*.
- Foram definidos os critérios de inclusão de acordo com o POC (População – Enfermeiro; Conceito – Estratégias facilitadoras na integração; Contexto – Cuidado à pessoa em situação crítica).
- Os descritores foram definidos recorrendo à plataforma MeSH, assim como foram pesquisadas palavras sinónimas. Operacionalizou-se a pesquisa com a estratégia booleana: (AB intensive care OR AB critical care) AND (AB nurs* OR AB health care provider OR AB health care professional OR AB health care worker) AND (TI Integral* OR TI training). Recorreu-se às bases de dados CINAHL, MEDLINE, Nursing & Allied Health Collection, Comprehensive, Cochrane, LISA (Library, Information Science Technology Abstracts) e MediciLatina, para além do Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP).
- Os tipos de estudos privilegiados foram estudos primários, secundários e de opinião, sendo que o único limitador de resultado foi a existência de texto completo. Não foi definido um limite temporal dada a escassa evidência disponível. Foram incluídos artigos em português, inglês, espanhol e francês.
- A seleção da amostra final foi realizada por três revisores independentes, pela leitura do título, leitura do resumo, leitura do texto completo e leitura das referências bibliográficas dos artigos selecionados. Sistematiza-se a seleção da amostra pelo fluxograma PRISMA com a inclusão de 13 artigos.

	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
P – População	Enfermeiro	Outros profissionais de saúde
C – Conceito	Estratégias	Questões financeiras; Satisfação no trabalho
C – Contexto	Cuidado à pessoa em situação crítica	COVID-19; Cuidados paliativos ou fim de vida; Gestão de dor; Direção de enfermaria; Procedimentos específicos; Pediatría

Quadro 1 – Critérios de inclusão e exclusão de estudo



Figura 1 – Fluxograma de inclusão de artigos (PRISMA)

RESULTADOS:

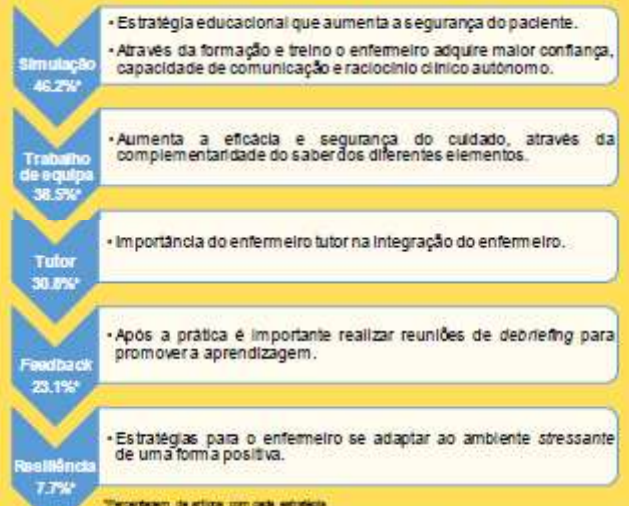


Figura 2 – Resultados encontrados para as principais estratégias

CONCLUSÃO:

Integrar enfermeiros requer planeamento estratégico para definir aspetos essenciais do modelo de cuidado, sendo conseguido através do desenvolvimento de estratégias e programas abrangentes que permitam integrar e treinar esses enfermeiros. O treino através da simulação de práticas leva à aquisição de competências fundamentais para o cuidado de excelência, tal como a atribuição de um enfermeiro tutor e feedback sobre o trabalho desenvolvido. Isto permite a construção da resiliência e estratégias de coping, prevenindo o burnout e a rotatividade dos profissionais entre serviços.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Taveira, C. (2011). *Enfermagem... Um percurso no saber. Relatório de Estágio para Obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem*, Universidade Católica Portuguesa, Porto.

APÊNDICE XI – Resumo do *poster* sobre as *Dificuldades na Integração do Enfermeiro no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica*

X Jornadas Nacionais de Enfermagem e VIII Jornadas Internacionais de Enfermagem

9 de junho 2021

Escola de Enfermagem (Lisboa) – Instituto de Ciências da Saúde

Universidade Católica Portuguesa

RESUMO - Posters

Título do Poster:

Dificuldades na Integração do Enfermeiro no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica: uma *Scoping Review*

Autorias:

Flores, Diana¹; Imperadeiro, Inês²; Correia, Patrícia³; Madureira, Manuela⁴; Sousa, Patrícia⁴; Veludo, Filipa⁵

Afiliação dos autores:

¹Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa (ICS-UCP), RN; Hospital da Luz Torres de Lisboa. Lisboa. Portugal. diflores94@gmail.com;

²Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa (ICS-UCP), RN; Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, EPE – Hospital de São José. Lisboa. Portugal. imperadeiro.rf@gmail.com.

³Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa (ICS-UCP), RN; Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE – Hospital de Santa Maria. Lisboa. Portugal. patriciasofia_correia@hotmail.com.

⁴ ICS-UCP, RN, MsNC, PhD. Lisboa. Portugal.

⁵ ICS-UCP, RN, MsEC, PhD. Lisboa. Portugal.

Contacto do primeiro autor: Diana Flores: diflores94@gmail.com; +351 919475185

Resumo:

Introdução: O início da atividade profissional ou a mobilização de profissionais entre serviços é uma realidade que impõe desafios aos enfermeiros. A aquisição de competências específicas, nomeadamente em ambiente de cuidado à pessoa em situação crítica, é essencial. Embora o enfermeiro seja perito num dado contexto, ao transitar para outro contexto, retorna ao nível de competência iniciado-avançado, uma vez que já experienciou situações reais e é capaz de identificar os “fatores significativos que se reproduzem em situações idênticas” (Benner, 2001, p. 50).

A integração é decisiva no sucesso e adaptação do enfermeiro à Instituição de Saúde, permitindo o desenvolvimento de competências, a aquisição de autoconfiança e a construção da sua identidade profissional (Taveira, 2011).

Objetivo: Mapear na evidência científica as dificuldades do enfermeiro na sua integração no cuidado à pessoa em situação crítica.

Método: Foi realizada uma *Scoping Review*, com base no *Joanna Briggs Institute* (Joanna Briggs Institute, 2015). Critérios de inclusão segundo o PCC: População (P) - Enfermeiros; Conceito (C); Dificuldades sentidas na Integração; Contexto (C) - Cuidado à Pessoa em Situação Crítica.

Critérios de exclusão: P - outros profissionais de saúde; C - custos financeiros e satisfação no trabalho; C - artigos em contexto de Covid-19, Cuidados paliativos ou em Fim de Vida, Gestão da dor, Doação de órgãos, Procedimentos específicos e Pediatria.

Descritores: (AB *intensive care* OR AB *critical care*) AND (AB *nurs** OR AB *health care provider* OR AB *health care professional* OR AB *health care worker*) AND (TI *Integrat** OR TI *training*).

Bases de dados: *CINHAL*[®] *Complete*; *MEDLINE*[®] *Complete*; *Nursing & Allied Health Collection*[™]: *Comprehensive Edition*; *Cochrane Plus Collection*; *Library, Information Science & Technology Abstracts (LISTA)* e *MedicLatina*[™]. Mapeou-se a literatura cinzenta pela consulta em RCAAP (inclusão de 3 artigos).

Privilegiam-se estudos primários, secundários e de opinião. Incluíram-se artigos em português, inglês, castelhano e francês, sem friso temporal definido. Foram incluídos 13 artigos, publicados até maio de 2020.

Resultados: Mapeamos 7 dificuldades sentidas pelos enfermeiros: comunicação com a equipa, pessoa em situação crítica e/ou familiares (25.0%) (Rice et al., 2016); *stress* (21.4%) (Mealer et al., 2014); complexidade da situação de saúde, técnicas e/ou procedimentos realizados (17.9%) (Linn et al., 2019); sobrecarga de trabalho (14.3%) (Macedo et al., 2019); rotatividade de enfermeiros entre serviços (14.3%); lidar com a morte e/ou a doação de órgãos (7.1%) (Mealer et al., 2014).

Conclusão: O processo de integração requer planeamento para definir aspetos essenciais do modelo de cuidado, sendo que o primeiro passo deve ser a identificação das dificuldades que o enfermeiro experiencia durante o mesmo. Desta forma, podem ser definidas estratégias que facilitem a integração, tendo como base de partida as 7 dificuldades encontradas, onde se destacam a comunicação e o *stress*. Esta *Scoping Review* é um alicerce para investigação futura, ficando o desafio para a elaboração de estudos primários que visem a compreensão do fenómeno nesta área do conhecimento, sendo um fenómeno transversal e pertinente para a enfermagem, contudo pouco estudado.

Descritores: Integração; Dificuldades; Enfermeiro; Pessoa em Situação Crítica; *Scoping Review*.

Referências Bibliográficas:

- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Joanna Briggs Institute. (2015). *The Joanna Briggs Institute. The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews*. Adelaide: The Joanna Briggs Institute: The Joanna Briggs Institute.
- Linn, A. C., Caregnato, R. C. A., & Souza, E. N. de. (2019). *Clinical simulation in nursing education in intensive therapy: an integrative review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(4), 1061–1070. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0217>

- Macedo, A. P. M. de C., Padilha, K. G., & Püschel, V. A. de A. (2019). *Professional practices of education/training of nurses in an intensive care unit*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2), 321–328. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0793>
- Mealer, M., Conrad, D., Evans, J., Jooste, K., Solyntjes, J., Rothbaum, B., & Moss, M. (2014). *Feasibility and acceptability of a resilience training program for intensive care unit nurses*. *American Journal of Critical Care*, 23(6), e97–e105. <https://doi.org/10.4037/ajcc2014747>
- Taveira, C. (2011). *Enfermagem... Um percurso no saber*. Relatório de Estágio para Obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Porto.

APÊNDICE XII - *Poster sobre as Dificuldades na Integração do Enfermeiro no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica*



Dificuldades na Integração do Enfermeiro no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica: uma Scoping Review

Autoria: Flores, Diana¹; Imperadeiro, Inês¹; Correia, Patrícia¹; Madureira, Manuela²; Sousa, Patrícia²; Veludo, Filipa³
 Afiliação dos autores:
¹Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa (ICS-UCP), RN;
²ICS-UCP, RN, MSc, PhD
³ICS-UCP, RN, MSc, PhD

INTRODUÇÃO:

O início da atividade profissional ou a mobilização de profissionais entre serviços é uma realidade que impõe desafios aos enfermeiros. A aquisição de competências específicas, nomeadamente em ambiente de cuidado à pessoa em situação crítica, é essencial. Embora o enfermeiro seja perito num dado contexto, ao transitar para outro contexto, retorna ao nível de competência iniciado-avanzado, uma vez que já experienciou situações reais e é capaz de identificar os "fatores significativos que se reproduzem em situações idênticas" (Benner, 2001, p. 50).
 A integração é decisiva no sucesso e adaptação do enfermeiro à Instituição de Saúde, permitindo o desenvolvimento de competências, a aquisição de autoconfiança e a construção da sua identidade profissional (Taveira, 2011).

Objetivo: Mapear na evidência científica as dificuldades do enfermeiro na sua integração no cuidado à pessoa em situação crítica.

MATERIAIS E MÉTODOS:

- Foi realizada uma Scoping Review, com base no Joanna Briggs Institute (Joanna Briggs Institute, 2015).
- Os critérios de inclusão foram definidos de acordo com o PCC: População (P) - Enfermeiros; Conceito (C): Dificuldades sentidas na Integração; Contexto (C) - Cuidado à Pessoa em Situação Crítica.
- Crítérios de exclusão: P - outros profissionais de saúde; C - custos financeiros e satisfação no trabalho; C - artigos em contexto de Covid-19, Cuidados paliativos ou em Fim de Vida, Gestão da dor, Doação de órgãos, Procedimentos específicos e Pediatria.
- Operacionalizou-se a pesquisa cruzando os descritores (AB *intensive care* OR AB *critical care*) AND (AB *nurs** OR AB *health care provider* OR AB *health care professional* OR AB *health care worker*) AND (TI *Integrat** OR TI *training*).
- Recorreu-se às bases de dados CINAHL® Complete; MEDLINE® Complete; Nursing & Allied Health Collection™: Comprehensive Edition; Cochrane Plus Collection; Library, Information Science & Technology Abstracts (LISTA) e MedioLatina™. Mapeou-se a literatura cinzenta pela consulta em RCAAAP (inclusão de 3 artigos).
- Privilegiaram-se estudos primários, secundários e de opinião. Foram incluídos artigos em português, inglês, castelhano e francês e sem friso temporal definido. Foram incluídos 13 artigos, publicados até maio de 2020.

FLUXOGRAMA DE INCLUSÃO DE ARTIGOS (PRISMA):

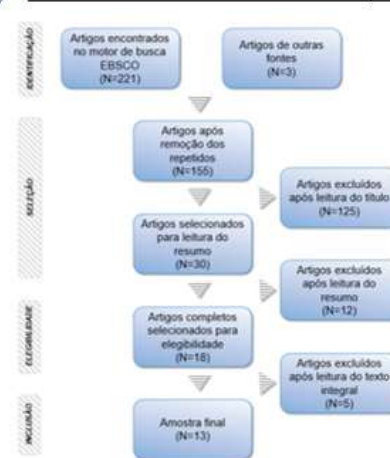


Figura 1 – Fluxograma de inclusão de artigos (PRISMA)

RESULTADOS:

- Comunicação com a equipa, pessoa em situação crítica e/ou familiares (25.0%*)**
 - Uma má comunicação potencia o erro em saúde influenciando a qualidade do cuidado (Rice et al., 2018).
- Stress (21.4%*)**
 - Os serviços de cuidado à pessoa em situação crítica são ambientes onde ocorrem confrontos diários de dilemas éticos e morais (Mealer et al., 2014).
- Complexidade da situação de saúde, técnicas e/ou procedimentos realizados (17.9%*)**
 - A complexidade da situação de saúde da pessoa, técnicas e/ou procedimentos realizados, implica uma articulação entre o conhecimento teórico e prático, sendo necessário o desenvolvimento de competências específicas e uma tomada de decisão pronta e eficaz (Linn et al., 2019).
- Sobrecarga de trabalho (14.3%*)**
 - A sobrecarga de trabalho está diretamente relacionada com a qualidade e segurança do cuidado a pessoas em situação crítica, culminando na incapacidade de retenção de enfermeiros qualificados (Macedo et al., 2019).
- Rotatividade de enfermeiros entre serviços (14.3%*)**
 - A rotatividade de enfermeiros entre serviços ocorre com frequência em ambientes de cuidado a pessoas em situação crítica, culminando na incapacidade de retenção de enfermeiros qualificados (Macedo et al., 2019).
- Lidar com a morte e/ou a doação de órgãos (7.1%*)**
 - Lidar com a morte e/ou a doação de órgãos pode levar à necessidade de aconselhamento para desenvolver estratégias de coping (Mealer et al., 2014).

Figura 2 – Dificuldades encontradas

CONCLUSÃO: O processo de integração requer planeamento para definir aspetos essenciais do modelo de cuidado, sendo que o primeiro passo deve ser a identificação das dificuldades que o enfermeiro experiencia durante o mesmo. Desta forma, podem ser definidas estratégias que facilitem a integração, tendo como base de partida as 7 dificuldades encontradas, onde se destacam a comunicação e o stress. Esta Scoping Review é um alicerce para investigação futura, ficando o desafio para a elaboração de estudos primários que visem a compreensão do fenómeno nesta área do conhecimento, sendo um fenómeno transversal e pertinente para a enfermagem, contudo pouco estudado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS
 Benner, P. (2001). *Dr. Avenida e Prof. Escalante na Prática Clínica em Enfermagem*. Coimbra: Quilotes Editora.
 Brindley, S., & Brindley, S. (2019). *Joanna Briggs Institute Reviewers Manual 2019*. Methodology for JB Scoping Reviews.
 Acedo, J. (2019). *Joanna Briggs Institute: The Joanna Briggs Institute*.
 Linn, A. C., Coughlin, R. C. A., & Souza, E. N. de. (2019). *Checklist avaliação in english evaluation in intensive care review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2), 32-39. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0793>.
 Mendes, I. P. M. de C., Radzik, K. G., & Piacentini, V. A. de. (2019). *Práticas avaliativas de educação/training of nurses in an intensive care unit*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2), 32-39. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0793>.
 Moreira, D. C. (2011). *Enfermagem em situação crítica*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(1), 105-110. <https://doi.org/10.4070/rbce.v64n1.105>.
 Taveira, C. (2011). *Enfermagem: Um percurso no saber*. *Revista de Estudos de Saúde para a Obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem*. Universidade Católica Portuguesa, Porto.

APÊNDICE XIII - Síntese com os Resultados Preliminares da *Scoping Review*



Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Unidade Curricular: Estágio e Relatório

**Estratégias Facilitadoras na Integração do Enfermeiro no Cuidado à
Pessoa em Situação Crítica**
Síntese dos principais resultados da *Scoping Review*

Local



Serviço: Serviço de Urgência Central

Mestranda:
Patrícia Sofia Rodrigues Correia, n.º 192019001

Lisboa,
Dezembro 2020



Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Unidade Curricular: Estágio e Relatório

Estratégias Facilitadoras na Integração do Enfermeiro no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica

Síntese dos principais resultados da *Scoping Review*

Local

Serviço: Serviço de Urgência Central

Mestranda:

Patrícia Sofia Rodrigues Correia, n.º 192019001

Docente Orientador:

Professora Doutora Filipa Veludo

Orientador Clínico:

Enfermeira Especialista

Lisboa,

Dezembro 2020

“Se quer ir rápido, vá sozinho. Se quer ir longe, vá em grupo.”

Provérbio Africano

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	5
RESULTADOS.....	6
CONCLUSÃO	7
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	8

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 4 - Resultados encontrados para as principais estratégias.....	7
---	---

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização: Pessoa em Situação Crítica, do Instituto de Ciências da Saúde - Lisboa, da Universidade Católica Portuguesa, propus-me a realizar um documento com os principais resultados da *Scoping Review* realizada sobre as estratégias facilitadoras na integração do enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica. Deste modo, pretendo divulgar a evidência científica produzida à equipa de enfermagem responsável pelo manual de integração do SUC, facilitando a transferência do conhecimento para a prática.

Sabe-se que o início da atividade profissional ou a mobilização de profissionais entre serviços é uma realidade que impõe desafios aos enfermeiros. A aquisição de competências específicas, nomeadamente num serviço de cuidado à pessoa em situação crítica, é essencial. Embora o enfermeiro seja perito num dado contexto, ao transitar para outro contexto, retorna ao nível de competência iniciado-avançado, uma vez que já experienciou situações reais e é capaz de identificar os “fatores significativos que se reproduzem em situações idênticas” (Benner, 2001, p. 50).

A integração é decisiva no sucesso e adaptação do enfermeiro à Instituição de Saúde e, simultaneamente, permite o desenvolvimento de competências, a aquisição de autoconfiança e a construção da sua identidade profissional (Taveira, 2011).

Num serviço de urgência central, onde devido à sobrevalorização das suas características se considera que tudo é urgente, a integração dos enfermeiros neste contexto pode ser deficiente. Assim, para que o processo integrativo seja realizado com sucesso deve ser estabelecido e estruturado um plano de integração (Fernandes, Geraldês, Batista, & Alves, 2010).

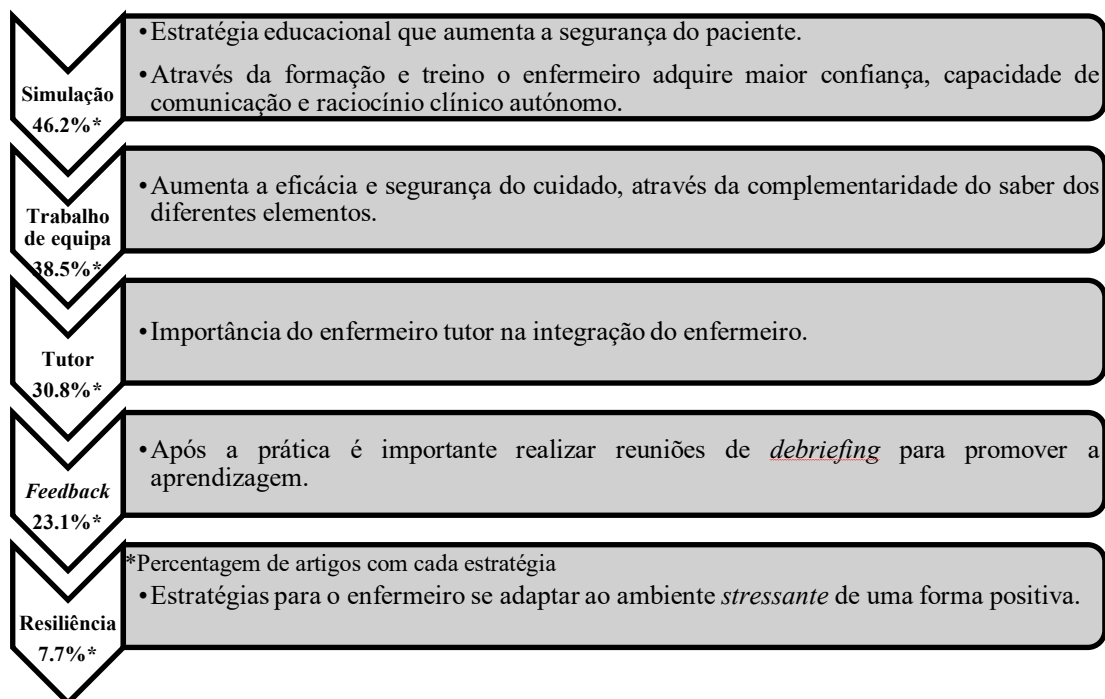
Em suma, a integração do enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica constitui uma preocupação cada vez maior pela mobilização de profissionais de enfermagem entre diferentes serviços e contratação de novos profissionais.

RESULTADOS

Da análise preliminar pode considerar-se como a principal estratégia facilitadora a importância do treino especializado no cuidado à pessoa em situação crítica (ex: simulação de situações reais, que propicia maior confiança no profissional, melhor comunicação em equipa, bem como a deteção precoce de complicações) (Villemure, Tanoubi, Georgescu, Dubé, & Houle, 2016; Linn, Caregnato, & Souza, 2019). A segunda estratégia mais relevante é o trabalho em equipa, pois este aumenta a eficácia e segurança do cuidado através da complementaridade do saber dos diversos elementos (Ballangrud, Hall-Lord, Persenius, & Hedelin, 2014). É também crucial para uma melhor integração o acompanhamento por um enfermeiro de referência/tutor que seja perito na área. A transmissão de *feedback* em forma de reuniões de *debriefing* também ajudam a promover a aprendizagem (Silvestre, 2012). Para além disto, é também importante a construção de estratégias de resiliência, como a atenção plena, o autocuidado e o bem-estar, para ajudar a proteger os enfermeiros dos efeitos negativos do *stress* no local de trabalho (Mealer, et al., 2014).

Em continuidade, foi possível depreender que estas estratégias se constituem como uma resposta dos enfermeiros às dificuldades sentidas, a saber: a carga de trabalho, o *stress*, a complexidade das técnicas e/ou procedimentos realizados, lidar com a morte e/ou a doação de órgãos, bem como a comunicação com a pessoa em situação crítica e/ou familiares.

Figura 4 - Resultados encontrados para as principais estratégias



CONCLUSÃO

Integrar enfermeiros requer planeamento estratégico para definir aspetos essenciais do modelo de cuidado, sendo conseguido através do desenvolvimento de estratégias e programas abrangentes que permitam integrar e treinar esses enfermeiros. O treino através da simulação de práticas leva à aquisição de competências fundamentais para o cuidado de excelência, tal como a atribuição de um enfermeiro tutor e *feedback* sobre o trabalho desenvolvido. Isto permite a construção da resiliência e estratégias de *coping*, prevenindo o *burnout* e a rotatividade dos profissionais entre serviços.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ballangrud, R., Hall-Lord, M. L., Persenius, M., & Hedelin, B. (Aug de 2014). Intensive care nurses' perceptions of simulation-based team training for building patient safety in intensive care: a descriptive qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs*, 30 (4), pp. 179-87.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Fernandes, A. P., Geraldês, J. P., Batista, M. P., & Alves, P. M. (Setembro de 2010). Integração de Enfermeiros no Serviço de Urgência Geral. *Sinais Vitais*, N.º92.
- Linn, A. C., Caregnato, R. C., & Souza, E. N. (2019). Clinical simulation in nursing education in intensive therapy: An integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72 (4), pp. 1061-70.
- Mealer, M., Conrad, D., Evans, J., Jooste, K., Solyntjes, J., Rothbaum, B., & Moss, M. (November de 2014). Feasibility and Acceptability of a Resilience Training Program for Intensive Care Unit Nurses. *American Journal of Critical Care*, 23 (6), pp. e97-105.
- Silvestre, M. d. (2012). *Integração de Enfermeiros em Instituições Hospitalares: Estudo de Caso*. Aveiro: Universidade de Aveiro: Departamento de Ciências Sociais, Políticas e do Território.
- Taveira, C. (2011). *Enfermagem... Um percurso no saber*. Relatório de Estágio para Obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Villemure, C., Tanoubi, I., Georgescu, M., Dubé, J.-N., & Houle, J. (2016). An integrative review of in situ simulation training: Implications for critical care nurses. *Canadian Journal of Critical Care Nursing*, 27 (1), pp. 23-31.

**APÊNDICE XIV – Identificação das Necessidades de Formação no
SUC**

INTRODUÇÃO

Em 2011 um estudo realizado em três hospitais portugueses demonstrou que a taxa de incidência de eventos adversos era de 11.1%, sendo que 53.2% foram considerados evitáveis (Sousa, Serranheira, Leite, Nunes, & Uva, 2011). A maioria, 60.3% apesar de não causar dano ou resultar em dano mínimo para a pessoa, sabe-se que 58.2% prolongou o tempo de internamento em 10.7 dias.

Quer a OMS, a *Joint Commission* ou a DGS têm desenvolvido estratégias internacionais e nacionais para contribuir para a melhoria da segurança da pessoa. Esta visa um trabalho em equipa multidisciplinar, onde é necessário considerar as competências individuais de cada um dos seus elementos, bem como permitir a gestão de todas as atividades (Ministério da Saúde, 2015). Pela proximidade que nós, enfermeiros, temos com as pessoas, pode considerar-se que estamos numa posição privilegiada para diminuir a incidência de eventos adversos, para além de detetar precocemente complicações.

Compreende-se que a gestão do risco associada aos cuidados de saúde é “um processo coletivo, que tem como objetivo garantir a maior segurança possível dos doentes, evitando incidentes, que podem ser frequentes, por vezes graves e frequentemente evitáveis, suscetíveis de comprometerem a qualidade do Serviço Nacional de Saúde.” (Ministério da Saúde, 2015, p.3882-(2)). Contudo, sabe-se que a causa destes incidentes não se deve à falta de competência técnica dos profissionais envolvidos, mas sim a defeitos da organização e/ou comunicação.

De acordo com a DGS (2017) as falhas na comunicação constituem uma das principais causas de eventos adversos a nível internacional, sendo que “70% destes eventos ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados” (DGS, 2017, p.5). A literatura demonstra ainda que cerca de 75% destes eventos adversos resultam em morte da pessoa (Barry, 2014). A comunicação é, assim, um pilar essencial na segurança da pessoa, principalmente no momento de transferência da responsabilidade do cuidado. Há que garantir uma comunicação precisa de modo a que a informação seja transmitida de forma correta e perceptível, uma vez que durante a comunicação podem ocorrer lacunas que quebram a continuidade do cuidado, e podem levar ao tratamento não adequado, como por exemplo, erros na administração de medicação, queda da pessoa e infeções hospitalares (Cavaco & Pontífice-Sousa, 2014; The

Joint Comission, 2020), fomentando os incidentes com dano para a pessoa (Ministério da Saúde, 2015).

MÉTODO

Para avaliar as necessidades dos enfermeiros no âmbito da comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde procedi ao levantamento das mesmas junto da equipa, quer através de conversas integradas no cuidado com a Enfermeira Orientadora, quer através da observação com recurso a uma grelha de observação com base na norma n.º 001/2017 - *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*, da Direção-Geral da Saúde. Após autorização do enfermeiro chefe do SUC, foram realizadas 18 observações aleatórias, em três sectores específicos da urgência (6 em cada setor: SR, Setor Laranjas (L) e SO). Este instrumento de observação foi validado por duas peritas na área, uma mestre e outra doutora em enfermagem, ambas com especialização em médico-cirúrgica: pessoa em situação crítica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em seguida, apresento em forma de tabela as observações aleatórias realizadas em cada setor, bem como a percentagem correspondente ao total das 18 observações.

Tabela 7 - Grelha de observação da comunicação dos enfermeiros na transição de cuidados de saúde: Sala de Reanimação

Sala de Reanimação							
	Técnica ISBAR - Critérios	Enf 1	Enf 2	Enf 3	Enf 4	Enf 5	Enf 6
1	Identificação Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como da pessoa a que diz respeito a comunicação.	S	S	S	S	S	S
2	Situação Atual/Causa Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde.	S	S	S	S	S	S
3	Antecedentes Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade.	S	N	S	S	N	S
4	Avaliação Informações sobre o estado da pessoa, terapêutica, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas	S	S	N	S	S	S
5	Recomendações Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica da pessoa.	S	N	N	S	S	S
6	Na transição de cuidados é utilizada a técnica de comunicação ISBAR?	S	N	N	S	N	S

Assinalar: S (Sim) ou N (Não) ou II (Informação Incompleta)

Fonte: Direção-Geral da Saúde. (08 de Fevereiro de 2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. *Norma n.º 001/2017*.

Tabela 8 - Grelha de observação da comunicação dos enfermeiros na transição de cuidados de saúde: Serviço de Observação

Serviço de Observação							
	Técnica ISBAR - Critérios	Enf 1	Enf 2	Enf 3	Enf 4	Enf 5	Enf 6
1	Identificação Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como da pessoa a que diz respeito a comunicação.	S	S	S	S	S	S
2	Situação Atual/Causa Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde.	N	S	S	N	S	S
3	Antecedentes Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade.	N	N	N	S	N	N
4	Avaliação Informações sobre o estado da pessoa, terapêutica, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas	S	N	S	S	S	N
5	Recomendações Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica da pessoa.	N	S	S	S	N	S
6	Na transição de cuidados é utilizada a técnica de comunicação ISBAR?	N	N	N	N	N	N

Assinalar: S (Sim) ou N (Não) ou II (Informação Incompleta)

Fonte: Direção-Geral da Saúde. (08 de Fevereiro de 2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. *Norma n.º 001/2017*.

Tabela 9 - Grelha de observação da comunicação dos enfermeiros na transição de cuidados de saúde: Setor Laranjas

Setor Laranjas							
	Técnica ISBAR - Critérios	Enf 1	Enf 2	Enf 3	Enf 4	Enf 5	Enf 6
1	Identificação Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como da pessoa a que diz respeito a comunicação.	S	S	S	S	S	S
2	Situação Atual/Causa Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde.	S	S	N	S	S	S
3	Antecedentes Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade.	N	S	N	N	S	N
4	Avaliação Informações sobre o estado da pessoa, terapêutica, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas	S	S	S	S	S	S
5	Recomendações Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica da pessoa.	S	S	N	S	N	S
6	Na transição de cuidados é utilizada a técnica de comunicação ISBAR?	N	S	N	N	N	N

Assinalar: S (Sim) ou N (Não) ou II (Informação Incompleta)

Fonte: Direção-Geral da Saúde. (08 de Fevereiro de 2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. *Norma n.º 001/2017*.

Tabela 10 - Percentagem correspondente ao total das 18 observações

Total das 18 Observações			
	Técnica ISBAR - Critérios	Sim	Não
1	Identificação Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como da pessoa a que diz respeito a comunicação.	100%	0%
2	Situação Atual/Causa Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde.	83,3%	16,7%
3	Antecedentes Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade.	38,9%	61,1%
4	Avaliação Informações sobre o estado da pessoa, terapêutica, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas	83,3%	16,7%
5	Recomendações Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica da pessoa.	66,7%	33,3%
6	Na transição de cuidados é utilizada a técnica de comunicação ISBAR?	22,2%	77,8%

Fonte: Direção-Geral da Saúde. (08 de Fevereiro de 2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. *Norma n.º 001/2017*.

Das 18 observações aleatórias realizadas constatei que a totalidade dos enfermeiros identificou a pessoa (*Identificação* - 100%), a maioria descreveu o motivo atual de necessidade de cuidados de saúde (*Situação Atual* - 83.3%) e informou sobre o estado da pessoa e terapêutica realizada (*Avaliação* - 83.3%). Em menor percentagem foram realizadas as recomendações, isto é, o plano terapêutico da pessoa (*Recomendações* - 66.7%) e, por fim, menos vezes foi descrito os antecedentes pessoais (*Antecedentes* - 38.9%). Relativamente à utilização correta da técnica ISBAR, observou-se que 77.8% dos enfermeiros não utiliza a mesma nos momentos de transferência do cuidado e que a informação, muitas vezes, era dispersa, sem ordem definida, ficando informação importante por transmitir. Em concreto a SR foi o local onde a mnemónica ISBAR foi mais utilizada (50%), sendo que no SO nas 6 observações nenhum enfermeiro utilizou a mesma (0%).

Através da análise dos resultados compreendi que seria um tema pertinente e que deveria ser abordado através de uma sessão de formação, uma vez que o facto de não haver um método padronizado na transição de cuidados de saúde leva a que ocorram falhas, nomeadamente, “omissões de informação, erros nas informações, falta de precisão e a falta de priorização das atividades” (DGS, 2017, p.5).

CONCLUSÃO

A transição de cuidados é um processo que ocorre entre profissionais de saúde e pode ser definida como qualquer momento em que se verifica a transferência, temporária ou permanente, da responsabilidade do cuidado, e visa a continuidade e segurança do mesmo (DGS, 2017). O enfermeiro que recebe a informação tem uma perceção global e específica da situação clínica da pessoa bem como do plano de cuidados, previamente estabelecido, facilitando as intervenções de enfermagem. Mas, para tal é necessário que a informação transmitida seja eficaz, clara e objetiva, ou seja, “oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor” (DGS, 2017, p.4).

Sabe-se que a maioria dos erros relacionados com a comunicação não se deve à transmissão de informação errada, mas sim à omissão de informações que seriam fulcrais para o cuidado. Num estudo americano publicado pela *Joint Commission International* (JCI) constata-se que 27% das falhas de comunicação ocorreram porque o emissor não revelou dados importantes e 21% ocorreram pela falta de clareza na

comunicação, por exemplo, o recetor não validou determinada informação menos perceptível pelo emissor (Buscato, 2019).

Para uniformizar a comunicação e deste modo diminuir a incidência de erros na transferência de informação durante a transição de cuidados, a DGS (2017) recomenda a utilização da mnemónica ISBAR - *Identify* (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações). Esta técnica é recomendada devido à sua fácil memorização e pela possibilidade de adaptação a diferentes contextos de cuidado, representando cinco componentes chave do processo de comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Para além de ser utilizada como ferramenta de comunicação entre os enfermeiros, o ISBAR confere vantagens, uma vez que permite a pronta tomada de decisão, o pensamento crítico, reduz o tempo na transferência de informação e promove a integração de novos profissionais (DGS, 2017). Segundo um estudo quase-experimental de Randmaa, Mårtensson, Swenne, & Engström (2014), compreendeu-se que a técnica ISBAR permitiu a redução de 31% para 11% de eventos adversos relacionados com falhas na comunicação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barry, M. E. (2014). Handoff Communication: Assuring the transfer of accurate patient information. *American Nurse Today*, 9 (1).

Buscato, M. (8 de Maio de 2019). *Comunicação entre médicos e enfermagem: o problema é a omissão*. Obtido em 10 de Dezembro de 2020, de Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente: <https://www.segurancadopaciente.com.br/seguranca-e-gestao/comunicacao-entre-medicos-e-enfermagem-o-problema-e-a-omissao/>

Cavaco, V., & Pontífice-Sousa, P. (2014). Passagem de Turno em Enfermagem: uma reflexão. *Sinais Vitais*, pp. 13-18.

Direção-Geral da Saúde. (8 de Fevereiro de 2017). Norma n.º 001/2017 Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.

Ministério da Saúde. (10 de Fevereiro de 2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Despacho n.º 1400/A/2015, 2.ª Série - N.º 28, 3882-(2)-3882-(10)*. Diário da República.

Randmaa, M., Mårtensson, G., Swenne, C. L., & Engström, M. (January de 2014). SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study. *BMJ Open, 4 (1)*.

Sousa, P., Serranheira, F., Leite, E., Nunes, C., & Uva, A. (2011). Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacto e evitabilidade. Rio de Janeiro, Brasil: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.

The Joint Comission. (2020). *Most Commonly Reviewed Sentinel Event Types*. Obtido em 05 de 01 de 2021, de The Joint Comission: <https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/most-frequently-reviewed-event-types-2020.pdf>

APÊNDICE XV - Plano de Sessão de Formação sobre a *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema: *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*

Formadora: Patrícia Sofia Rodrigues Correia, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização: Pessoa em Situação Crítica, do Instituto de Ciências da Saúde - Lisboa, da Universidade Católica Portuguesa

Orientação Clínica: Enfermeira Mestre em Médico-Cirúrgica e Especialista na Pessoa em Situação Crítica

População-alvo: Enfermeiros da equipa onde estou integrada no SUC

Local: Sala de Formação do SUC

Data: 16 de Dezembro de 2020

Horário: 15h00-15h15

Duração: 15 minutos

Objetivo geral: Sensibilizar e capacitar os enfermeiros para a comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.

Tabela 11 - Organização do Plano de Sessão de Formação

Etapas	Conteúdos	Método	Recursos	Tempo
Introdução	Apresentação da formadora; Apresentação da sessão de formação: tema e sua importância; Objetivos.	Expositivo	Computador, Projetor	3 minutos
Desenvolvimento	Impacto na prática; Segurança da pessoa e da comunicação; Observação em diferentes contextos; Padronização da comunicação; Mnemónica ISBAR.	Expositivo	Computador, Projetor	7 minutos
Conclusão	Síntese sobre os conteúdos abordados; Importância da notificação; Esclarecimento de dúvidas.	Expositivo; <i>Brainstorming</i> ; Interrogativo	Computador, Projetor	3 minutos
Avaliação	Aplicação do questionário de avaliação da sessão.	Expositivo	Questionário	2 minutos

APÊNDICE XVI - Divulgação da Sessão de Formação



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

Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde



DIVULGAÇÃO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

HOSPITAL [REDACTED]

SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL

16 DEZEMBRO 2020 - DAS 15H00-15H15

MESTRANDA:
PATRÍCIA SOFIA RODRIGUES CORREIA, N.º 192019001

DOCENTE ORIENTADOR:
PROFESSORA DOUTORA FILIPA VELUDO

ORIENTADOR CLÍNICO:
ENFERMEIRA ESPECIALISTA [REDACTED]

APÊNDICE XVII - Sessão de Formação: *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*

Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

HOSPITAL [REDACTED]
SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL

MESTRANDA:
PATRÍCIA SOFIA RODRIGUES CORREIA, N.º 192019001

DOCENTE ORIENTADOR:
PROFESSORA DOUTORA FILIPA VELUDO

ORIENTADOR CLÍNICO:
ENFERMEIRA ESPECIALISTA [REDACTED]

DEZEMBRO, 2020

OBJETIVOS

- Sensibilizar para a comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde
- Apresentar a Mnemónica ISBAR
- Uniformizar as práticas referentes à transferência de informação na transição de cuidados

IMPACTO NA PRÁTICA

A qualidade e segurança do cuidado constitui um dos principais focos de atenção a nível mundial.

Estudo realizado em três hospitais portugueses em 2011 revelou que a taxa incidência de eventos adversos era 11,1%

- 53,2% eram evitáveis
- 58,2% prolongou o tempo de internamento em 10,7 dias.



SEGURANÇA DA PESSOA

Os incidentes não se devem à falta de competência técnica dos profissionais envolvidos, mas sim a defeitos da organização e/ou comunicação.

De acordo com a DGS (2017) as falhas na comunicação constituem uma das principais causas de eventos adversos a nível internacional:

- 70% das falhas de comunicação ocorrem na transição de cuidados;
- 75% resultam em morte da pessoa

A comunicação é um pilar essencial na segurança da pessoa, principalmente no momento de transferência da responsabilidade do cuidado.

Falhas na comunicação

- Desorganizada;
- Interrupções frequentes;
- Sobrecarga de trabalho;
- Condições físicas do serviço;
- Omissão de informação;
- Não seguir um método de comunicação.

O PROBLEMA É A OMISSÃO

Falta de informações e de clareza correspondem à metade das falhas de comunicação



Fonte: Strakerfield J., Ghafar, S.A., Kido, S.L., & Manjivich, R. (2019) Safety Incident Reports in Airports: Communication-related and Patient Injuries. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety

SEGURANÇA NA COMUNICAÇÃO

Há que garantir uma comunicação precisa de modo a que a informação seja transmitida de forma correta e perceptível, uma vez que durante a comunicação podem ocorrer lacunas que quebram a continuidade do cuidado, e pode levar ao tratamento não adequado.

Oportuna

Precisa

Completa

Sem
ambiguidade

Compreendida

PADRONIZAÇÃO DA COMUNICAÇÃO

A comunicação eficaz é ainda mais essencial em contextos de alto risco como serviços de urgência, medicina e pediatria (Eppich, 2015).

SUC alto risco para ocorrência de eventos adversos devido:

- Rotatividade e dinâmica de atendimento;
- Número reduzido de recursos humanos e materiais;
- Sobrecarga de trabalho;
- *Stress* profissional e ambiental.

Grelha de observação da comunicação dos enfermeiros na transição de cuidados de saúde



Sala de Reanimação

Técnica ISBAR - Critérios		Enf 1	Enf 2	Enf 3	Enf 4	Enf 5	Enf 6
1	Identificação Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação.	S	S	S	S	S	S
2	Situação Atual/Causa Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde.	S	S	S	S	S	S
3	Antecedentes Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade.	S	N	S	S	N	S
4	Avaliação Informações sobre o estado do doente, terapêutica, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas	S	S	N	S	S	S
5	Recomendações Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente.	S	N	N	S	S	S
6	Na transição de cuidados é utilizada a técnica de comunicação ISBAR?	S	N	N	S	N	S

Assinalar: S (Sim) ou N (Não) ou II (Informação Incompleta)

Grelha de observação da comunicação dos enfermeiros na transição de cuidados de saúde



Serviço de Observação

Técnica ISBAR - Critérios		Enf 1	Enf 2	Enf 3	Enf 4	Enf 5	Enf 6
1	Identificação Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação.	S	S	S	S	S	S
2	Situação Atual/Causa Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde.	N	S	S	N	S	S
3	Antecedentes Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade.	N	N	N	S	N	N
4	Avaliação Informações sobre o estado do doente, terapêutica, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas	S	N	S	S	S	N
5	Recomendações Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente.	N	S	S	S	N	S
6	Na transição de cuidados é utilizada a técnica de comunicação ISBAR?	N	N	N	N	N	N

Assinalar: S (Sim) ou N (Não) ou II (Informação Incompleta)

Grelha de observação da comunicação dos enfermeiros na transição de cuidados de saúde



Setor Laranjas							
	Técnica ISBAR - Critérios	Enf 1	Enf 2	Enf 3	Enf 4	Enf 5	Enf 6
1	Identificação Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação.	S	S	S	S	S	S
2	Situação Atual/Causa Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde.	S	S	N	S	S	S
3	Antecedentes Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade.	N	S	N	N	S	N
4	Avaliação Informações sobre o estado do doente, terapêutica, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas	S	S	S	S	S	S
5	Recomendações Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente.	S	S	N	S	N	S
6	Na transição de cuidados é utilizada a técnica de comunicação ISBAR?	N	S	N	N	N	N

Assinalar: S (Sim) ou N (Não) ou I (Informação Incompleta)

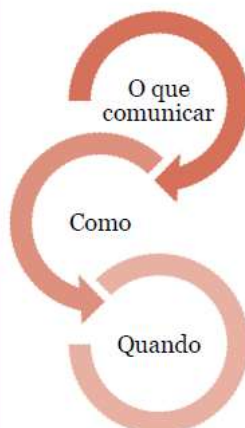
Grelha de observação da comunicação dos enfermeiros na transição de cuidados de saúde



Total nas 18 observações			
	Técnica ISBAR - Critérios	S	N
1	Identificação Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação.	100%	0%
2	Situação Atual/Causa Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde.	83,3%	16,7%
3	Antecedentes Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade.	38,9%	61,1%
4	Avaliação Informações sobre o estado do doente, terapêutica, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas	83,3%	16,7%
5	Recomendações Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente.	66,7%	33,3%
6	Na transição de cuidados é utilizada a técnica de comunicação ISBAR?	22,2%	77,8%

PADRONIZAÇÃO DA COMUNICAÇÃO

ISBAR



Vantagens

Ferramenta de comunicação entre enfermeiros que permite:

- ✓ Pronta tomada de decisão,
- ✓ Pensamento crítico,
- ✓ Reduz o tempo na transferência de informação
- ✓ Promove a integração de novos profissionais.

Através desta técnica há a redução de 31% para 11% de eventos adversos relacionados com falhas na comunicação (Stewart, 2016).

Mnemónica ISBAR

I	<i>Identify</i> (Identificação)
S	<i>Situation</i> (Situação atual)
B	<i>Background</i> (Antecedentes)
A	<i>Assessment</i> (Avaliação)
R	<i>Recommendation</i> (Recomendações)

Mnemónica ISBAR	
I	<p>Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e receptor) bem como da pessoa a que faz respeito a comunicação.</p> <p>a) Nome completo, data nascimento, género e nacionalidade da pessoa; b) Nome e função do Profissional de Saúde emissor; c) Nome e função do Profissional de Saúde receptor; d) Serviço de origem/destinatário; e) Identificação da pessoa significativa/cuidador informal.</p>
S	<p>Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde.</p> <p>a) Data e hora de admissão; b) Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde; c) Testes complementares de diagnóstico e terapêutica (NCDT) realizados ou a realizar.</p>
B	<p>Descrição de fatos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade.</p> <p>a) Antecedentes clínicos; b) Níveis de dependência; c) Diretivas antecipadas de vontade; d) Alergias conhecidas ou da sua ausência; e) Hábitos relevantes; f) Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma; g) Técnicas invasivas realizadas; h) Presença ou risco de colonização/infecção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar; i) Identificação da situação social e da capacitação do cuidador.</p>
A	<p>Informações sobre o estado da pessoa, terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas.</p> <p>a) Problemas atuais; b) Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída; c) Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas; d) Focos de atenção, diagnósticos e intervenções atuais.</p>
R	<p>Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente.</p> <p>a) Indicação do plano de continuidade de cuidados; b) Informação sobre consultas e NCDT agendados; c) Identificação de necessidades do cuidador informal.</p>

Mnemónica ISBAR EXEMPLO	
I	O Sr. ██████████ 55 anos.
S	Doente politraumatizado transferido do Hospital ██████████ 10/12 após queda de 6 m. Apresenta fratura distal da tibia e perónio.
B	Tem como A.P.: HTA, DM II, HBP, AVC em 2016.
A	Permanece com flutuações do estado de consciência. Mantém tala gessada no MIE. Administrado Nolotil Ev por dor às 15h.
R	Aguarda reavaliação por ortopedia para eventual ida ao BUC.

CONCLUSÃO



<http://www.google.com/search?hl=pt-br&q=iceberg+o+o+o>



Postura
positiva;
Abordagem
sistêmica

Notificação

Abordagem
individualizada
do erro



CONCLUSÃO



<http://www.google.com/search?hl=pt-br&q=keep+calm+and+use+isbar>

Muito obrigada pela atenção de
todos!!!



<http://www.google.com/search?hl=pt-br&q=muito+obrigada+o+o+o>

BIBLIOGRAFIA



- [Barry, M.E. \(2014\). Handoff Communication: Assuring the transfer of accurate patient information. American Nurse Today, 9\(1\).](http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/AmericanNurseToday/Archive/2014-ANT/Jan14-ANT/Issues-up-close-Jan14.pdf) Obtido de <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/AmericanNurseToday/Archive/2014-ANT/Jan14-ANT/Issues-up-close-Jan14.pdf>
- Buscato, M. (8 de Maio de 2019). *Comunicação entre médicos e enfermagem: o problema é a omissão*. Obtido em 10 de Dezembro de 2020, de Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente: <https://www.segurancaopaciente.com.br/seguranca-e-gestao/comunicacao-entre-medicos-e-enfermagem-o-problema-e-a-omissao/>
- Cavaco, V. & Pontífice-Sousa, P. (2014). *Passagem de Turno em Enfermagem: uma reflexão*. *Sinais Vitais*, 13–18. Obtido de https://www.academia.edu/10982065/PASSAGEM_DE_TURNO_EM_ENFERMAGEM_uma_reflexão.
- Direção-Geral da Saúde. (10 de Fevereiro de 2015). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Despacho n.º 1400-A/2015 do Diário da República, Série II, N.º 28*.
- Direção-Geral da Saúde. (8 de Fevereiro de 2017). *Norma n.º 001/2017 Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*
- Eppich, W. (2015). "Speaking Up" for Patient Safety in the Pediatric Emergency Department. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*, 16; 1522-8401.
- Filho, F., Pinho, D., Bezerra, A., Amaral, R. & Silva, M. (2015). *Prevalência de incidentes relacionados à medicação em unidade de terapia intensiva Brasil: Acta Paul Enferm*, 28 (4), 331-336.
- Fragata, J. (2010). *A Segurança dos Doentes – indicador de Qualidade em Saúde*. Lisboa: Revista Portuguesa Clínica Geral, 26, 564-570.
- Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: Dos comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (16 de Julho de 2018). *Regulamento n.º 429/2018. Diário da República n.º 135/2018, Série II, 19359-19370*.
- Ordem dos Enfermeiros. (06 de Fevereiro de 2019). *Regulamento n.º 140/2019. Diário da República n.º 26/2019, Série II, 4744-4750*.
- Randmaa, M.; Mårtensson, G.; Leo Swenne, C. & Engström, M. (2014). *SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study*. *BMJ Open*, 4(1), 1–9. Obtido de <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004268>
- Sousa, P., Serranheira, F., Leite, E., Nunes, C., & Uva, A. (2014). *Segurança do doente eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacto e evitabilidade*. Rio de Janeiro, Brasil: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.
- Stewart, K. (2016). *SBAR, communication, and patient safety: an integrated literature review*. University of Tennessee at Chattanooga. Obtido de <http://scholar.utcc.edu/honors-theses>.

APÊNDICE XVIII - Avaliação da Sessão de Formação no SUC

Avaliação da Sessão

INTRODUÇÃO

A velocidade com que a informação é criada e circula torna imprescindível a partilha de conhecimentos (Instituto para a qualidade na formação, 2006). A enfermagem é uma profissão em constante avanço, sendo essencial o autodesenvolvimento, adquirindo habilidades e conhecimentos novos, em sintonia com as tecnologias emergentes (Balsanelli & Cunha, 2006).

Após realização da sessão de formação sobre a *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*, torna-se imperativo avaliar o impacto sobre os formandos, nomeadamente se esta foi útil para o cuidado futuro dos enfermeiros do SUC.

MÉTODO

A fim de melhorar as futuras ações de formação, foi construído um instrumento de avaliação da sessão com base no fornecido pelo centro hospitalar, mas adaptado em alguns itens, nomeadamente a utilidade da sessão para o cuidado futuro dos enfermeiros (Apêndice XIX). Este questionário anónimo foi aplicado no final da sessão a cada participante. Os 23 enfermeiros responderam às 9 questões colocadas, sendo que para cada estava associada uma escala de resposta/classificação que variava entre 1 e 5 (1- MUITO POUCO; 2- POUCO; 3- MÉDIO; 4- MUITO E 5- BASTANTE). Este instrumento foi validado por duas peritas na área, uma mestre e outra doutora em enfermagem, ambas com especialização em médico-cirúrgica: pessoa em situação crítica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados para cada questão avaliada no questionário fornecido aos 23 participantes são apresentados em seguida em formato de gráfico de barras, sendo que cada coluna corresponde ao número de enfermeiros que seleccionou determinada escala de resposta/classificação.

Gráfico 13 - Desempenho geral do formador: Domínio

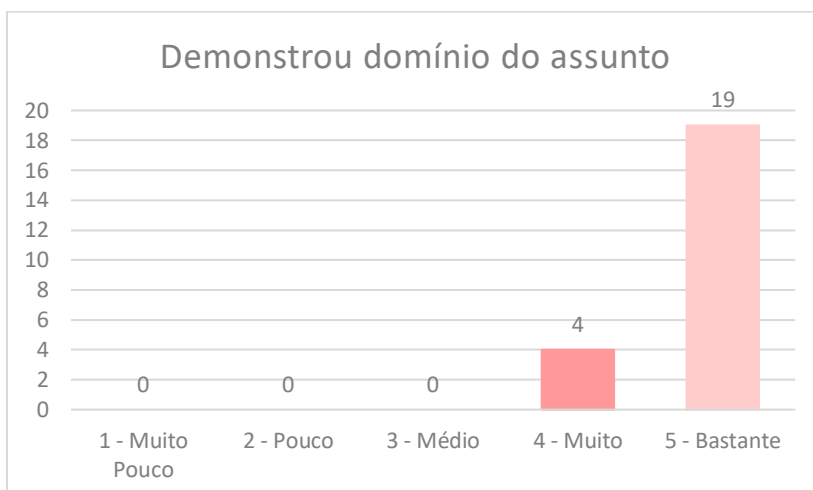


Gráfico 14 - Desempenho geral do formador: Tempo

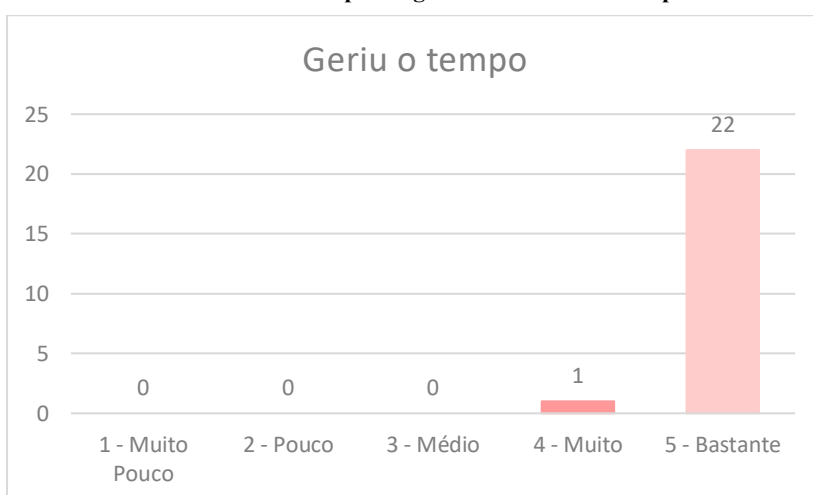


Gráfico 15 - Desempenho geral do formador: Linguagem

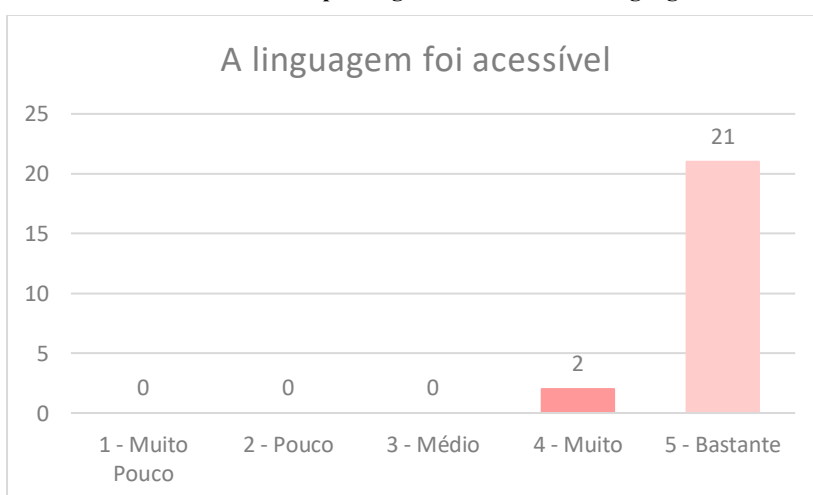


Gráfico 16 - Qualidade e adequação dos recursos utilizados

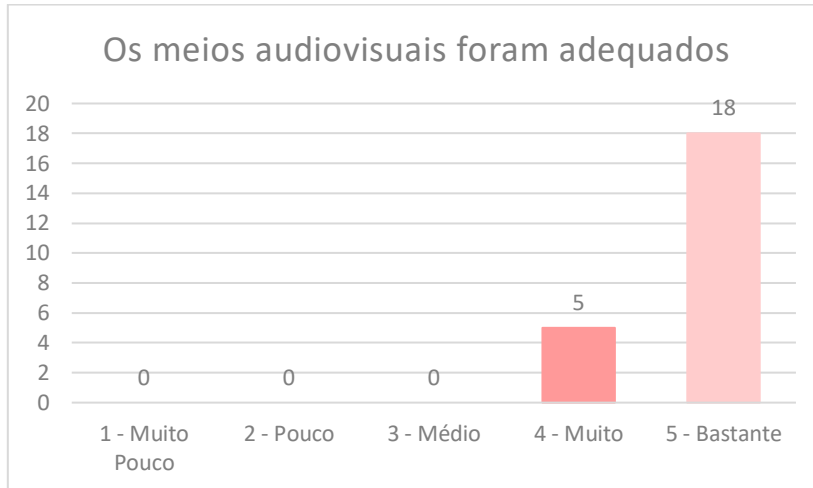


Gráfico 17 - Qualidade e adequação das instalações

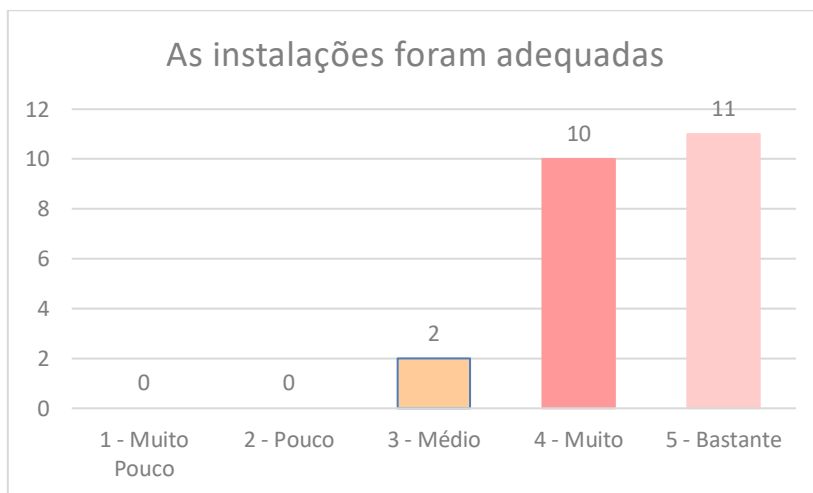


Gráfico 18 - Cumprimento dos objetivos

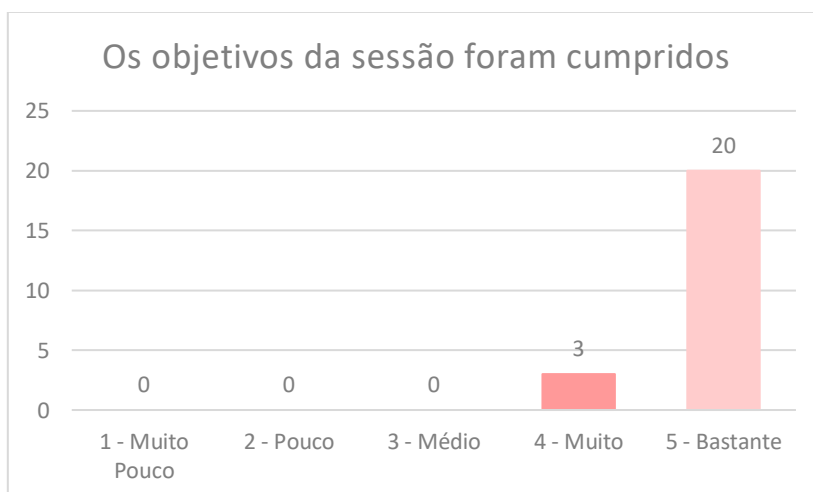


Gráfico 19 - Importância dos conteúdos da formação

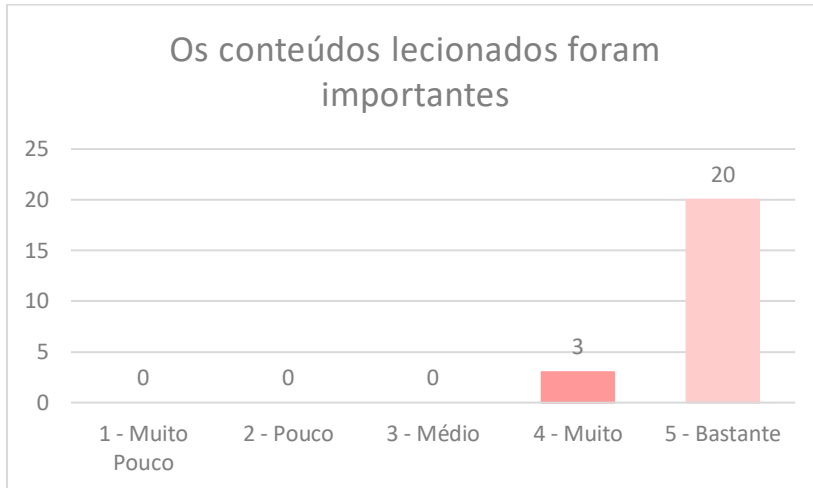


Gráfico 20 - Importância dos conteúdos da formação: Compreensão

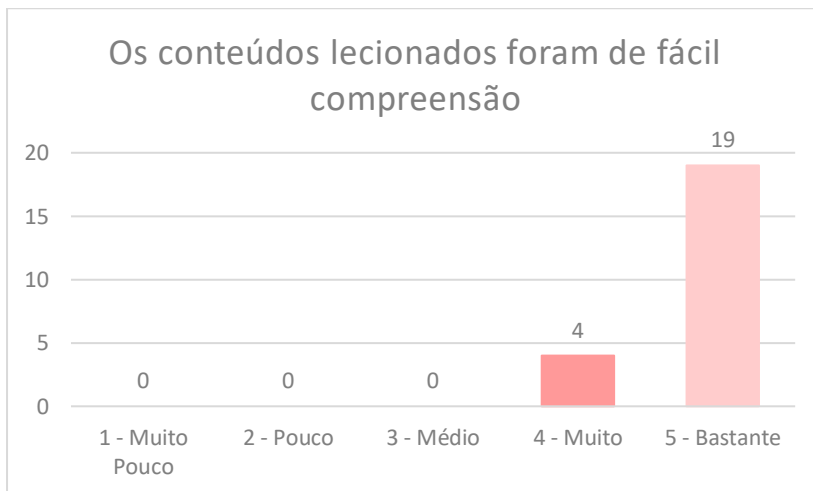
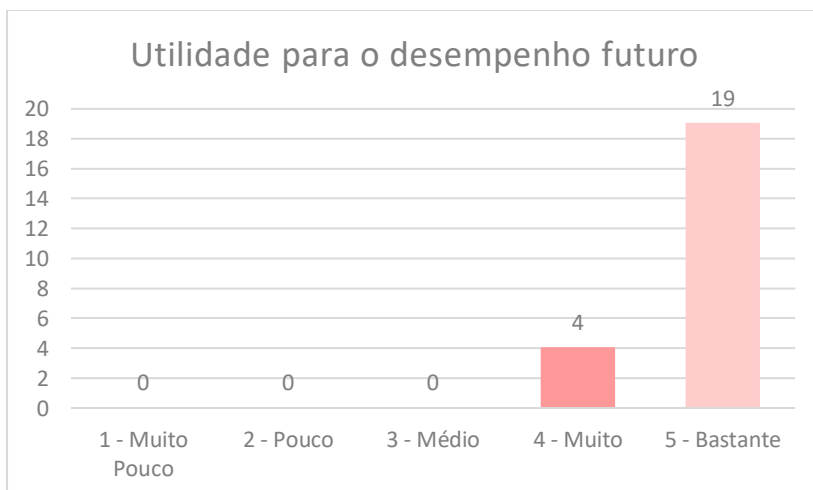


Gráfico 21 - Utilidade da sessão de formação



A sessão de formação foi realizada na sala de formação do SUC, com recurso a projetor para apresentação dos diapositivos. Apesar de haver alguma discrepância na avaliação da comodidade das instalações, considero que o meu desempenho geral enquanto formadora, quer através da linguagem utilizada (clara e acessível), quer através da correta gestão do tempo e domínio do assunto, bem como pela qualidade dos recursos utilizados, foram pontos fulcrais para captar a atenção dos participantes conseguir alcançar o público-alvo e mantê-los interessados na apresentação.

Considerando a utilidade da sessão de formação, constatei que em 23 participantes, 19 consideraram-na BASTANTE útil para o seu desempenho futuro, correspondendo a 83% dos enfermeiros e, 4 participantes consideram a sessão MUITO útil, o que corresponde a 17%.

CONCLUSÃO

A aprendizagem na *era* da informação depende da vontade e da capacidade dinâmica de cada profissional. A capacidade reflexiva dos formandos é um elemento essencial para o discernimento do conhecimento, uma vez que permite que cada um seja capaz, por si, de interpretar, comparar, ponderar e integrar as informações transmitidas (Cruz, 2008).

No entanto, existe excesso de informação disponível, que nem sempre é viável ou oportuna, e ameaça os enfermeiros, na medida em que ficam apenas na superficialidade da informação (Cruz, 2008). Deste modo, achei pertinente desenvolver uma sessão de formação sobre a importância da comunicação, nomeadamente nos momentos de transição de cuidados, de forma a compilar de forma sucinta os aspetos essenciais, e reunir o saber nesta área do conhecimento fulcral para a qualidade e continuidade do cuidado.

O objetivo da sessão foi cumprido com sucesso, uma vez que a totalidade dos enfermeiros considerou a sessão muito ou bastante importante para o seu cuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Balsanelli, A. P., & Cunha, I. K. (2006). Liderança no contexto da enfermagem. *Rev da Escola de Enfermagem da USP*, 40 (1), pp. 117-122.

Cruz, J. M. (Set/Dez de 2008). Processo de ensino-aprendizagem na sociedade da informação. *Educação & Sociedade*, 29, n° 105, pp. 1023-1042. Obtido de <http://www.cedes.unicamp.br>

Instituto para a qualidade na formação. (2006). *Guia para a avaliação da formação* (1ª ed.). Lisboa: Instituto para a qualidade na formação.

APÊNDICE XIX - Questionário de Avaliação da Sessão pelo Formando

Avaliação da Sessão pelo Formando

Identificação do Formador: Enfermeira Patrícia Correia

Identificação da Sessão de Formação: *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*

Local: Hospital da Área Metropolitana de Lisboa

Serviço: SUC

Data: 16 de Dezembro de 2020 Horário: 15h00 às 15h15

A fim de melhorar as futuras ações de formação, e porque a sua opinião acerca do meu desempenho é de extrema importância, peço-lhe que responda a este questionário anónimo, de forma clara.

A cada questão apresentada, está associada uma escala de resposta/classificação que varia entre 1 e 5 (1- MUITO POUCO; 2- POUCO; 3- MÉDIO; 4- MUITO E 5- BASTANTE). Assinale com um círculo, a resposta que considera mais adequada.

1- Desempenho geral do formador

Demonstrou domínio do assunto	1	2	3	4	5
Geriu o tempo	1	2	3	4	5
A linguagem foi acessível	1	2	3	4	5

2- Qualidade e adequação dos recursos utilizados

Os meios audiovisuais foram adequados	1	2	3	4	5
---------------------------------------	---	---	---	---	---

3- Qualidade e adequação das instalações

As instalações foram adequadas	1	2	3	4	5
--------------------------------	---	---	---	---	---

4- Cumprimento dos objetivos

Os objetivos da sessão foram cumpridos	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

5- Importância dos conteúdos da formação

Os conteúdos lecionados foram importantes	1	2	3	4	5
Os conteúdos lecionados foram de fácil compreensão	1	2	3	4	5

6- Utilidade da sessão de formação

Considera que a sessão de formação foi útil para o seu desempenho futuro	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

Sugestões/Comentários

ANEXOS

ANEXO I – Vigilância Epidemiológica das Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea (INCS)

Vigilância Epidemiológica das Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea (INCS)	
UCI	Ano 2019
Pessoas admitidas	621
Índice de Exposição - número de dias de CVC	0.79
Taxa de INCS relacionada com CVC	1.5%
Número de episódios de INCS	37
Origem provável das INCS	
Primária – Não identificada	11
Primária – Relacionada com CVC	4
Número de episódios de INCS por fator de risco extrínseco	
CVC	35

(Fonte omissa para salvaguardar o anonimato da instituição)

ANEXO II – Certificados de Participação: *ITLS* e *SAV*



ITLS
International
Trauma Life Support

ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS

Certificate of Participation

Patrícia Sofia Rodrigues Correia

**has completed the
Advanced Provider Course**

date

2/16/2019

course site

Escola Nacional de Bombeiros, Sintra, INTL
(International)

course director

Joana Sequeira da Silva MD

course coordinator

Wilson Moleiro



ITLS
International
Trauma Life Support

Improving Trauma Care Worldwide

This continuing education activity is approved by the Commission on Accreditation for Pre-Hospital Continuing Education (CAPCE).
Continuing Education Hours: 16.00 Course #: 17-ITLS-F3-AP02 CEH Type: Advanced

You have participated in a continuing education program that has received CAPCE approval for continuing education credit. If you have any comments regarding the quality of this program and/or your satisfaction with it, please contact CAPCE at: 12300 Ford Road, Suite 350, Dallas, Texas 75234 - 972.247.4442 - jacob@capce.org

CE Provider: International Trauma Life Support (Provider No. ITL90020)

Card Holder's Signature

Successful completion does not warrant performance or authorize or qualify the card holder to perform any procedure. This recognition is subject to the provisions and limitations of applicable chapter statutes and licensing acts.

International Trauma Life Support
3000 Woodcreek Drive, Suite 200
Downers Grove, IL 60515 www.itrauma.org



ITLS
International
Trauma Life Support

285435-35593

Patrícia Sofia Rodrigues Correia

has successfully completed the cognitive skills
evaluation in accordance with the standards of
International Trauma Life Support for this course.

Advanced Provider Course

Card Issue Date 2/16/2019 Expiration Date 02/2022

Course Number 35593 Course Location





Healthway

Formação e Investigação

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Portaria nº 474/2010 de 8 de Julho

Certifica-se que **Patrícia Sofia Rodrigues Correia**, portadora do número de cartão de cidadão 14045202 8 ZY4, válido até 20/03/2022, concluiu com aproveitamento o curso de formação profissional.

Curso Suporte Avançado de Vida - INEM

Certificado INEM do curso, que decorreu nas instalações do ISLA Santarém nos dias 26 e 27 de Maio de 2019, com a duração de 16 horas.

Miraflores, 30 Maio de 2019,

O CEO & Founder da HealthWay



Certificado SAV n.º 14 HW-05/2019.

HealthWay
Edifício Monsanto, Rua Afonso Praça, 30 7º Piso, 1495-061, Miraflores
info@healthway.pt - www.healthway.pt



ANEXO III – Avaliação para o transporte intra-hospitalar

1. VIA AEREA ARTIFICIAL Não Sim (tubo de Guedel) Sim (se intubado ou com traqueostomia recente)	0 1 2	8. PACEMAKER Não Sim, definitivo Sim, provisório (externo ou endocavitário)	0 1 2
2. FREQUENCIA RESPIRATORIA FR entre 10 e 14 / min FR entre 15 e 35 / min Apneia ou FR<10 / min ou FR>35 / min ou respiração irregular	0 1 2	9. ESTADO DE CONSCIENCIA Escala de Glasgow = 15 Escala de Glasgow >8 e <14 Escala de Glasgow ≤8	0 1 2
3. SUPORTE RESPIRATORIO Não Sim (Oxigenoterapia) Sim (Ventilação Mecânica)	0 1 2	10. SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLOGICO Nenhum dos abaixo indicados Grupo I: Naloxona Corticosteróides Manitol a 20% Analgésicos Grupo II: Inotrópicos Vasodilatadores Antiarrítmicos Bicarbonatos Trombolíticos Anticonvulsivante Anestésicos Gerais Dreno torácico	0 1 2
4. ACESSOS VENOSOS Não Acesso periférico Acesso central em doente instável	0 1 2		
5. AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA Estável Moderadamente estável (requer < 15mL/min) Instável (inotrópicos ou sangue)	0 1 2		
6. MONITORIZAÇÃO DO ECG Não Sim (desejável) Sim (em doente instável)	0 1 2		
7. RISCO DE ARRITMIAS Não Sim, baixo risco * (e EAM > 48 h) Sim, alto risco * (e EAM < 48 h)	0 1 2		
		TOTAL	

* Baixo risco = sem risco imediato de vida ou sem necessidade de intervenção terapêutica imediata.

* Alto risco = risco imediato de vida ou necessitando de intervenção terapêutica imediata.

Pontos	Nível	Acompanhamento	Monitorização	Equipamento
0-2 (apenas com O2 e linha EV)	A	Auxiliar	Nenhum	Nenhum
3-6 (sem nenhum item com pontuação 2)	B	Enfermeiro	Sat.O2, ECG, FC, TA não invasiva	Insuflador manual + Máscara + Guedel
≥ 7 ou < 7 se item com pontuação 2	C	Médico + Enfermeiro	Sat.O2, ECG, FC, TA e Capnografia se indicado	Monitor sinais vitais, Ventilador transporte, Material para a via aérea avançada.

Nos locais com transportes frequentes, o material clínico de transporte deve estar previamente organizado, segundo o definido pela instituição, armazenado em contentores/malas portáteis e com avaliação/controlo periódico, de acordo com procedimento de auditoria institucional, com registo e arquivo para posterior avaliação.

* Adaptado de Etxebarria et al., Eur J Emerg Med, 1998.

Fonte: Ordem dos Médicos., & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos: Recomendações*. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.

ANEXO IV - Certificado de Participação: *III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem*

CERTIFICADO

Certifica-se que as Enfermeiras *Diana Flores, Inês Imperadeiro, Patrícia Correia, Prof. Doutora Filipa Veludo, Prof. Doutora Manuela Madureira e Prof. Doutora Patrícia Sousa*, participaram no III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (edição online), no dia **27 de novembro de 2020**, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, com a apresentação do Poster n.º 26 com o tema **"ESTRATÉGIAS FACILITADORAS NA INTEGRAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: UMA SCOPING REVIEW"**

Lisboa, 27 de novembro de 2020.

A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP

Universidade Católica Portuguesa
Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Auxiliar



ANEXO V - Certificado de Participação: *X Jornadas Nacionais e VIII Jornadas Internacionais de Enfermagem da Escola de Enfermagem de Lisboa da UCP*



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA PORTO



X JORNADAS NACIONAIS DE ENFERMAGEM DA CATÓLICA
VIII JORNADAS INTERNACIONAIS DE ENFERMAGEM DA CATÓLICA

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

CERTIFICA-SE QUE O PÓSTER COM O TÍTULO

"Dificuldades na Integração do Enfermeiro no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica: uma Scoping Review"

ELABORADO POR

Diana Flores, Inês Imperadeiro, Patrícia Correia, Manuela Madureira,
Patrícia Sousa & Filipa Veludo

APRESENTADO EM FORMA DE PÓSTER ELETRÓNICO NAS X JORNADAS NACIONAIS E VIII JORNADAS INTERNACIONAIS DE ENFERMAGEM DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DE LISBOA DO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INTITULADAS "O VALOR DE UMA ENFERMAGEM COM VALORES", QUE DECORRERAM NO DIA 9 DE JUNHO DE 2021, FOI DISTINGUIDO NA QUALIDADE DE **PARTICIPANTE**.

PROF. DOUTORA AMÉLIA SIMÕES
FIGUEIREDO
Diretora da EEL-ICS-UCP

PROF. DOUTORA PATRÍCIA PONTÍFICE
SOUSA
Coordenadora do CLE da EEL-ICS-UCP

**ANEXO VI – Comprovativo de Submissão do Artigo para Publicação à
Revista *Enfermería Global***

Estimado,

Gracias por el envío a Enfermería Global del trabajo titulado "DIFICULTADES Y ESTRATEGIAS EN LA INTEGRACIÓN AL CUIDADO DE LA PERSONA EN SITUACIÓN CRÍTICA: UNA SCOPING REVIEW". Podrá seguir su progreso a través del proceso editorial identificándose en el sitio web de la revista.

URL del envío: <https://revistas.um.es/eglobal/authorDashboard/submission/478501>

Nombre de usuario/

Si tiene cualquier duda, por favor no dude en contactar con nosotros/as. Gracias por tener en cuenta esta revista para difundir su trabajo.

Reciba un cordial saludo,
M^a José López Montesinos

[Enfermería Global](#)