



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

---

LISBOA · PORTO

## **Relatório Final de Estágio do Percurso para uma Enfermagem Especializada**

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

Por  
Ana Catarina Vaz Ferreira

Porto – maio, 2021





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

---

LISBOA · PORTO

## **RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO DO PERCURSO PARA UMA ENFERMAGEM ESPECIALIZADA**

***FINAL INTERNSHIP REPORT OF THE PATH FOR A SPECIALIZED  
NURSING***

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

Por  
Ana Catarina Vaz Ferreira

Sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Doutora Amélia Ferreira

Porto – maio, 2021



## RESUMO

A realização deste relatório surge no âmbito da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”, inserida na 13ª Edição do mestrado em enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, da Universidade Católica Portuguesa do Porto e tem como objetivo espelhar o percurso realizado, quer no desenvolvimento de competências académicas especializadas, quer no crescimento profissional e pessoal.

Este documento pretende descrever, analisar e refletir sobre o trajeto realizado no processo de aprendizagem para uma Enfermagem Especializada. Assim, procurou-se apresentar os objetivos previamente traçados e concretizados, relatar as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas nos contextos de estágio através de uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva. Este percurso foi realizado em ambiente de Cuidados Intensivos Polivalente e Serviço de Urgência, focando a ação e abordagem na pessoa em situação crítica e família.

A elaboração deste relatório abrange a contextualização dos locais de estágio, uma reflexão sobre o processo de aprendizagem e aquisição de competências prévias, o processo de aquisição de competências na área de especialização, o enquadramento de um dos temas de investigação desenvolvidos e uma apreciação global do percurso realizado, assim como as principais implicações para a prática profissional atual, crescimento académico e pessoal.

Durante a passagem pela Unidade de Cuidados Intensivos e Serviço de Urgência desenvolveram-se competências na abordagem ao doente crítico, de recolha, interpretação e avaliação de dados, antecipação de instabilidades e risco de falência orgânica, gestão de protocolos complexos, excelência na prestação técnica de procedimentos, gestão de cuidados e recursos, promoção de estratégias de controlo de infeção e resistência a antimicrobianos e uma prática profissional ética, deontológica, alicerçada na comunicação, relação terapêutica e trabalho em equipa.

Conclui-se que este percurso de aprendizagem enquanto Enfermeira Especialista, teve implicações na prática profissional como a capacidade de reflexão e visão crítica, a gestão da abordagem holística do doente e a prestação de cuidados fundamentados em evidência atual e de qualidade, contribuindo também para a investigação e desenvolvimento da profissão, com a realização de trabalhos científicos e formação da equipa.

Não obstante aos constrangimentos vivenciados durante o ano de pandemia COVID-19, que proporcionou desafios e obstáculos, determina-se que esta etapa foi concretizada com sucesso.

**Palavras-Chave:** *Doente Crítico, Enfermagem Especializada, Competências*



## ABSTRACT

The realization of this report comes within the scope of the curricular unit “Final Internship and Report”, inserted in the 13th Edition of the Master's Degree in Nursing with Specialization in Medical Surgical Nursing in the area of Critically Ill Patient, from the Universidade Católica Portuguesa do Porto and its goal is to mirror the path taken, in the development of specialized academic skills, as well as in professional and personal growth.

This document aims to describe, analyze and reflect on the learning process for a Specialized Nursing. Thus, is presented the objectives previously outlined and accomplished, described the activities developed and the skills acquired in the internship contexts, through a descriptive and critical-reflexive methodology. This journey was carried out in a Multipurpose Intensive Care Unit and Emergency Department, focusing the learning process in the approach of the critically ill patient and family.

This report covers the contextualization of the clinical practices, a reflection on the previously acquired skills, the process of developing skills in the area of specialization, the framing of one of the research themes and a global appreciation of the learning path, as well as the main implications for the current professional practice, along with academic and personal growth.

During the time in the Intensive Care Unit and Emergency Department, it was possible to develop skills in the approaching of the critical ill patient, in collecting, interpreting and evaluating data, anticipating instabilities and risk of organ failure, managing complex protocols, excellence in the technical procedures, management of care and resources, promotion of infection control strategies and resistance to antimicrobials and an ethical, deontological professional practice, based on communication, therapeutic relationship and team work.

It is concluded that this learning path as a Specialist Nurse, had implications for the professional practice such as a better capacity of reflection and critical vision, a more efficient management of the patient's holistic approach and the provision of care based on a current and high-quality evidence, also contributing to the evolution of the nursing care, with the development of scientific works and formation of the team.

Despite the obstacles and challenges experienced during the COVID-19 pandemic year, it is determined that this step was successfully accomplished.

***Keywords:*** *Critical Patient, Specialized Nursing, Skills*



## AGRADECIMENTOS

À Profª Doutora Amélia Ferreira, por toda a orientação e disponibilidade, cujas palavras de incentivo contribuíram para chegar a bom porto,

Aos tutores João e Cláudia, que tornaram este percurso tão rico, permitindo que o companheirismo e amizade estivessem presentes na sua orientação,

À Ana Miguel e à Joana, por compreenderem as ausências, por todo o apoio e por me permitirem dividir os momentos bons e menos bons,

Ao Tiago, pela paciência, amor e incentivo, em todos os passos deste caminho,

À minha mana, por ser sempre a minha fonte de inspiração,

E aos meus pais, como sempre, a quem devo grande parte das minhas conquistas, por em vez de me cortarem as asas, me incentivarem sempre a voar.

A todos aqueles que, de alguma forma, permitiram que este percurso se realizasse, **o meu sincero e profundo obrigado.**



## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

|                       |   |
|-----------------------|---|
| <b>AHA</b>            | American Heart Association  |
| <b>BPS</b>            | Behavioral Pain Scale   |
| <b>CAA</b>            | Comunicação Aumentativa e Alternativa                                       |
| <b>CAM-ICU</b>        | Confusion Assessment Method   |
| <b>CI</b>             | Cuidados Intensivos   |
| <b>CNAF</b>           | Cânula Nasal de Alto Fluxo  |
| <b>CO<sub>2</sub></b> | Dióxido de Carbono  |
| <b>ECTS</b>           | European Credit Transfer System   |
| <b>EMC</b>            | Enfermagem Médico Cirúrgica   |
| <b>EMI</b>            | Emergência Médica Intra-Hospitalar  |
| <b>END</b>            | Escala Numérica da Dor  |
| <b>ERC</b>            | European Resuscitation Council  |
| <b>H</b>              | Horas   |
| <b>IACS</b>           | Infeção Associada aos Cuidados de Saúde                                     |
| <b>IET</b>            | Intubação Endotraqueal  |
| <b>INEM</b>           | Instituto Nacional de Emergência Médica                                     |
| <b>PAI</b>            | Pneumonia Associada à Intubação   |
| <b>PCR</b>            | Paragem Cardiorrespiratória   |
| <b>PPCIRA</b>         | Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência a Antimicrobiano |
| <b>RASS</b>           | Richmond Agitation Sedation Scale   |
| <b>RCE</b>            | Retorno da Circulação Espontânea  |
| <b>RCP</b>            | Reanimação Cardiopulmonar   |
| <b>SABA</b>           | Solução Antissética De Base Alcoólica                                       |
| <b>SAS</b>            | Scale Of Agitation-Sedation   |
| <b>SAV</b>            | Suporte Avançado De Vida  |
| <b>SE</b>             | Sala De Emergência  |
| <b>SIV</b>            | Suporte Imediato De Vida  |

|              |  |
|--------------|--|
| <b>SNS</b>   | Serviço Nacional De Saúde                        |
| <b>SPICI</b> | Síndrome Pós-Internamento Em Cuidados Intensivos |
| <b>SU</b>    | Serviço de Urgência                              |
| <b>SUP</b>   | Serviço de Urgência Polivalente                  |
| <b>UCI</b>   | Unidade de Cuidados Intensivos                   |
| <b>UCIP</b>  | Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente       |

# Índice

|   |     |
|---|-----|
| <b>1. INTRODUÇÃO</b> .....  | 15  |
| <b>2. DE ENFERMEIRA GENERALISTA A ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM CUIDADOS AO DOENTE CRÍTICO</b> .....   | 19  |
| <b>2.1.</b> Contextualização dos locais de estágio .....  | 20  |
| <b>2.2.</b> Processo de aprendizagem - trajeto percorrido anteriormente .....   | 24  |
| <b>2.3.</b> Análise reflexiva dos objetivos, atividades e competências adquiridas .....   | 26  |
| <b>3. A TRANSMISSÃO DE INFORMAÇÃO E A SEGURANÇA DO DOENTE CRÍTICO</b> .....   | 61  |
| <b>4. APRECIÇÃO GLOBAL DO PERCURSO REALIZADO E IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA PROFISSIONAL</b> .....  | 65  |
| <b>5. CONCLUSÃO</b> .....   | 69  |
| <b>6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....  | 73  |
| <b>7. APÊNDICES</b> .....   | 89  |
| <b>Apêndice I:</b> Poster "Benefícios da Cânula Nasal de Alto Fluxo, no Doente Crítico, Durante o Período de Extubação Endotraqueal, nas Unidades de Cuidados Intensivos" ..... | 91  |
| <b>Apêndice II:</b> Poster "Benefícios da Capnografia no Doente Sujeito a Reanimação Cardiopulmonar, em Contexto Extra-Hospitalar: Revisão Integrativa" .....                   | 95  |
| <b>Apêndice III:</b> "A Relação Entre uma Transmissão de Informação Estruturada e a Segurança do Doente Crítico: Revisão Integrativa" .....                                     | 99  |
| <b>Apêndice IV:</b> "O Uso de uma Metodologia de Transmissão de Informação no Serviço de Urgência e a Segurança do Doente Crítico" .....  | 117 |
| <b>Apêndice V:</b> Plano de sessão de formação em Serviço de Urgência .....   | 127 |

|   |     |
|---|-----|
| <b>Apêndice VI:</b> Apresentação PowerPoint "Transmissão de Informação no Serviço de Urgência" .....  | 131 |
| <b>Apêndice VII:</b> Questionário de avaliação de formação em Serviço de Urgência.....  | 139 |
| <b>8. ANEXOS</b> .....  | 143 |
| <b>Anexo I:</b> Certificado do Poster "Benefícios da Cânula Nasal de Alto Fluxo, no Doente Crítico, Durante o Período de Extubação Endotraqueal, nas Unidades de Cuidados Intensivos" ..... | 145 |
| <b>Anexo II:</b> Certificado de Poster "Benefícios da Capnografia no Doente Sujeito a Reanimação Cardiopulmonar, em Contexto Extra-Hospitalar: Revisão Integrativa" ....                    | 149 |

## 1. INTRODUÇÃO

No âmbito da 13ª Edição do Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, da Universidade Católica Portuguesa, Porto, inserida na Unidade Curricular "Estágio Final e Relatório", surge a elaboração de um relatório de estágio destinado à descrição, análise e reflexão do percurso realizado, no processo de aprendizagem da Enfermagem Especializada.

Assim, nasce a realização deste documento que pretende espelhar o percurso efetuado, quer no desenvolvimento de competências académicas quer no crescimento profissional e pessoal neste tempo de exceção que se vivencia.

A Unidade Curricular "Estágio Final e Relatório", com um total de 840 horas (h), decorreu entre 2 de novembro de 2020 e 27 de fevereiro de 2021. Dividiu-se por dois estágios perfazendo 360h de contacto clínico, realizados numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) e num Serviço de Urgência (SU), de um Hospital Central do Norte. Após término da prática clínica decorreu um período até 7 de Abril de 2021 para realização do presente relatório, cuja classificação final é atribuída após discussão pública do mesmo. As restantes horas foram distribuídas por orientação tutorial, seminário e trabalho individual, equivalendo a 30 European Credit Transfer System (ECTS). Todo este percurso foi acompanhado por um Professor da Universidade e por Enfermeiros Tutores dos contextos da prática clínica.

Os cuidados de saúde, em particular os cuidados de enfermagem, assumem atualmente uma grande importância e exigência técnica e científica (Regulamento n.º 140/2019). Deste modo, os cuidados de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, revestem-se por conseguinte, de extrema complexidade e englobam uma avaliação diagnóstica e monitorização constante, com o intuito de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo dos cuidados, de prever e detetar

precocemente alterações e assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Coimbra & Amaral, 2016).

Doente crítico pode ser definido como aquele cuja falência ou disfunção de um ou mais órgãos ou sistemas torna a sua sobrevivência dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica, exigindo das equipas uma intervenção rápida e de qualidade, com o objetivo de evitar a morte e/ou diminuir as possíveis sequelas (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008; Orio, 2017).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, o Enfermeiro Especialista é aquele "a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem" (Regulamento n.º 140/2019, pp.4744).

Assim, a área do doente crítico surge como uma vertente de grande fascínio pessoal, pela sua complexidade e especificidade de conhecimentos, competências e forte demanda por parte da equipa de enfermagem na identificação precoce e resolução rápida dos problemas encontrados. Os cuidados ao doente em risco de vida implicam uma abordagem holística, com avaliação das prioridades e intervenções rápidas e eficazes, muitas vezes em ambientes de tensão. Este contexto lança desafios constantes de forma a responder adequadamente às necessidades de saúde do doente crítico, o que suscitou o interesse de querer diferenciar-me nesta área.

Desta forma, desenvolve-se assim a vontade de adquirir e melhorar competências para a excelência na prestação de cuidados, através de um percurso que permita o desenvolvimento da perícia na área de especialidade.

No Serviço de Urgência, a elevada afluência e o grande número de tarefas a realizar, com várias solicitações nas diversas vertentes, cria ambientes de grande multiplicidade, onde impera a necessidade de organização, priorização e delegação de tarefas, identificação rápida de sinais de alarme durante a avaliação e intervenção no doente. Por outro lado, a Unidade de Cuidados Intensivos propicia um ambiente controlado, onde existe uma elevada vigilância e avaliação constante do doente, por forma a detetar precocemente sinais de instabilidade ou

agravamento e assim permitir uma rápida resolução dos achados. Percebe-se que, apesar de ambos os contextos albergarem e permitirem uma grande proximidade com o doente em estado crítico, existe uma grande diferença entre os dois, ambos igualmente enriquecedores e importantes no percurso realizado.

A escolha por estes locais de estágio prendeu-se pela vontade de compreender o percurso do doente crítico desde a receção inicial no Serviço de Urgência até à sua estabilização da fase aguda numa Unidade de Cuidados Intensivos. Estes contextos vieram contribuir para uma aquisição aprofundada de novos conhecimentos e capacidades nos diversos âmbitos de abordagem ao doente crítico.

Deste modo, o presente documento serve como espelho do percurso realizado, bem como ferramenta de avaliação, tendo como objetivos:

- Apresentar, refletir e compreender o funcionamento dos locais de estágio;
- Avaliar os contributos dos contextos de prática clínica no processo de aprendizagem;
- Descrever, analisar e refletir sobre o caminho desenvolvido para o cumprimento dos objetivos anteriormente propostos;
- Documentar o percurso realizado;
- Refletir sobre as competências adquiridas relacionando-as com as competências definidas para o Enfermeiro Especialista e mestre em enfermagem;
- Servir como instrumento de avaliação.

A realização deste trabalho seguiu uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva, recorrendo a pesquisa bibliográfica e evidência científica para fundamentação do mesmo. Relativamente à sua estrutura, encontra-se dividido em oito partes: a primeira enquadra o processo de aprendizagem a decorrer inerente à Unidade Curricular, a segunda contextualiza os locais de estágios, as competências previamente adquiridas e reflete e analisa sobre o percurso realizado para o atingimento dos objetivos com fim nas competências de Enfermeiro Especialista,

a terceira enquadra um dos temas aprofundados ao longo do trajeto, a quarta faz uma apreciação global do caminho realizado e o impacto do mesmo na prática profissional e pessoal. Por fim, termina-se com a conclusão, referências bibliográficas, apêndices, com os trabalhos desenvolvidos ao longo da Unidade Curricular e anexos.

Este documento orienta-se pelas normas de referência bibliográfica da American Psychological Association 6ª Edição, estando redigido segundo o novo acordo ortográfico da língua portuguesa.

## 2. DE ENFERMEIRA GENERALISTA A ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM CUIDADOS AO DOENTE CRÍTICO

Enfermagem, como profissão na área da saúde, tem como objetivo a prestação de cuidados ao ser humano, são ou doente, ao longo de todo o ciclo vital, e a grupos sociais em que está inserido, para que mantenham, melhorem e/ou recuperem a saúde, ajudando-os, tão rapidamente quanto possível, a maximizar a sua capacidade funcional (Decreto Lei n.º161/96). Desta forma, é imprescindível a necessidade de diferenciação e especialização, tendo em conta os contextos de cuidados cada vez mais complexos, sendo imperativo aprofundar o conhecimento, desenvolver um olhar crítico, proativo e mais abrangente, de forma a prestar cuidados mais significativos.

De acordo com o Modelo de Aquisição de Competências proposto por Benner (2001), o desenvolvimento na prática clínica de enfermagem faz-se através de um processo dinâmico e aprofundado com a experiência, passando por cinco níveis: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. A autora defende que aliado ao conhecimento teórico, o conhecimento prático é adquirido com o tempo e com a aprendizagem experiencial, assim rapidamente se compreende a importância dos estágios clínicos no percurso de desenvolvimento profissional.

Já Benner, Sutphen, Leonard-Kahn & Day (2008) dividem a construção da aprendizagem em enfermagem em três estádios: o primeiro designado por aprendizagem cognitiva onde o conhecimento teórico é necessário para a prática, o segundo estádio refere o conhecimento proveniente do fazer e o terceiro estádio implica um estabelecimento de responsabilidades, preocupações e compromissos éticos da profissão.

Assim, compreende-se que neste percurso de aquisição de competências, foi necessário experienciar diferentes vivências, refletindo sobre as aprendizagens

que a prática nos oferece, alicerçado aos saberes teóricos anteriormente desenvolvidos. Este percurso permitiu construir um processo dinâmico de interação, incrementando uma maneira de pensar e agir mais aprimorada e capaz nos cuidados ao doente e família em situação crítica.

## **2.1. Contextualização dos locais de estágio**

A qualidade dos cuidados especializados em enfermagem na área da Pessoa em Situação Crítica, configura um grande desafio quer pelo reflexo que tem na melhoria dos cuidados a fornecer, quer por pressupor uma reflexão sobre a prática profissional (Regulamento n.º 361/2015). Assim, foi desenvolvido este subcapítulo com o intuito de enquadrar os dois contextos onde se teve a oportunidade de desenvolver competências enquanto Enfermeira Especialista.

O primeiro local de prática clínica decorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, num Centro Hospitalar do Norte, entre 2 de novembro de 2020 e 6 de janeiro de 2021. Este serviço é considerado de Nível III, ou seja, uma unidade dotada de quadros próprios em presença física 24 horas, com possibilidade de acesso a meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários, dispondo também de medidas de controlo contínuo de qualidade e programas de ensino/treino, destinando-se a doentes com duas ou mais formas de suporte hemodinâmico (Paiva et al., 2017; Penedo et al., 2013).

Assim, este local tem como objetivo a prestação de cuidados ao doente grave com necessidade de suporte das funções vitais. É constituído por 12 unidades funcionais, totalmente equipadas, dispondo de instalações e tecnologias necessárias à realização dos cuidados sem que sejam precisas deslocações para fora da unidade. Destas 12 unidades, 4 delas são quartos de isolamento, também equipadas para a realização de técnicas dialíticas. A sala de trabalho, envidraçada, destaca-se de forma central na unidade, permitindo a visualização de todas as camas e, por isso, uma maior vigilância. Neste local existe também uma estação central de telemetria, onde é possível observar as monitorizações hemodinâmicas contínuas de todos os doentes internados no momento.

Durante a realização do estágio pode concluir-se que a organização física e de recursos materiais é benéfica para possibilitar a vigilância e proximidade constante com o doente e com toda a equipa multidisciplinar, sendo assim possível centrar as ações no doente, rentabilizando o tempo pela fácil acessibilidade ao material e, por consequência, uma prestação de cuidados de maior qualidade e eficácia.

Atualmente, este serviço pertence ao Departamento de Anestesiologia, Cuidados Intensivos e Emergência e integra uma equipa multidisciplinar fixa. Esta equipa é composta por médicos de diferentes especialidades, enfermeiros, assistentes operacionais e uma assistente técnica, contando ainda com uma vasta rede de outros profissionais.

Relativamente à equipa de enfermagem, os turnos são assegurados por 8 enfermeiros nos turnos da manhã e 7 enfermeiros nos turnos da tarde e noite. Dentro desta distribuição encontramos por turno 1 enfermeiro responsável pela Sala de Emergência (SE), 6 enfermeiros com utentes a seu cargo, num máximo de 2 doentes por enfermeiro, sendo que um desses enfermeiros está também destacado para a Emergência Médica Intra-Hospitalar (EMI) e um enfermeiro responsável de turno, que não tem doentes atribuídos, apenas no turno da manhã.

De acordo com o Regulamento n.º 743/2019 a dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e o perfil de competências dos mesmos, são aspetos fulcrais na segurança e qualidade dos cuidados de saúde, contribuindo assim para um sistema mais eficiente e com melhor capacidade para responder às exigências da população. Vários estudos comprovam que cumprir as recomendações de dotações seguras não se associa a um aumento de despesa, mas sim a um investimento com retorno garantido (Ordem dos Enfermeiros, 2014). Ora, segundo o mesmo autor, a utilização destas dotações encontra-se intimamente ligada com a qualidade dos cuidados prestados e com a segurança do doente.

Desta forma, seguindo as recomendações da Ordem dos Enfermeiros, em UCI nível III, o rácio ideal enfermeiro/utente é 1/1 e que nas 24h, 50% dos enfermeiros

sejam especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), preferencialmente na área da enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Regulamento nº. 743/2019). Para além disso, o mesmo documento preconiza que exista 12h de cuidados de enfermagem de Reabilitação por cada 5 utentes, em todos os dias da semana.

No local de estágio existia um rácio máximo de 2 doentes por enfermeiro, o que se denotou relativamente adequado dadas as exigências em termos de cuidados e o trabalho em equipa realizado. Por outro lado, no momento o Enfermeiro Especialista destinado à enfermagem de Reabilitação encontrava-se temporariamente ausente, uma vez que estaria a prestar cuidados a doentes COVID-19 noutra unidade. Desta forma, o trabalho de reabilitação motora era realizado por uma equipa de fisioterapeutas todas as manhãs, cujo trabalho é essencial, mas que deveria ser complementado pela enfermagem de Reabilitação.

O segundo contexto de prática clínica decorreu de 7 de janeiro de 2021 a 27 de fevereiro de 2021, num Serviço de Urgência de um Centro Hospitalar do Norte. Estes serviços são, na maioria das vezes, a porta de entrada no Serviço Nacional de Saúde (SNS), com um funcionamento de 24 horas por dia, e tem como objetivo a receção, diagnóstico e tratamento da vítima de doença súbita ou acidentados, que precisem de atendimento imediato em meio hospitalar (ACSS, 2015; Direção Geral de Saúde, 2001).

O SU em questão é considerado um Serviço de Urgência Polivalente (SUP), sendo a tipologia mais diferenciada de resposta de urgência e emergência, com disponibilidade de múltiplas valências incluindo centro de trauma (Despacho n.º 10319/2014).

Tendo em conta o contexto de pandemia COVID-19 e com o intuito dar resposta aos planos de contingências, o SU sofreu alterações estruturais, havendo modificações nas suas áreas. Assim, este fica dividido em: Triagem, Sala de Emergência, Área Médica, Observação Clínica, Área Respiratória, Área Dedicada Covid-19, Área Ortopedia e Oftalmologia, Área de Cirurgia, Internamento Curta Duração Cirúrgica e Unidade de Curta Duração Médica. Em todo o serviço

encontram-se postos de trabalho, destinados aos cuidados inerentes aos doentes de cada área.

Deste modo, existem cerca de 22 enfermeiros por turno, geridos consoante necessidade, juntando-se uma vasta equipa médica, assistentes operacionais e assistentes técnicos. A distribuição da equipa de enfermagem é realizada para cada turno e com o objetivo de todos passarem por todas as áreas clínicas. Todavia, apenas uma pequena parte da equipa, com integração específica, é alocada na Sala de Emergência.

A estrutura física em U permite, em teoria, facilitar o circuito do doente, diminuir o tempo de espera, distribuir os utentes pelo espaço disponível e favorecer a intervenção dos profissionais de saúde, reduzindo uma má gestão de recursos, tempo e diminuindo o risco de erros. Contudo, pelo que pude observar, existem áreas de pouca vigilância e locais de difícil passagem, principalmente, em situações de emergência.

Para entrada no Serviço de Urgência, após admissão nos Serviços Informativos o primeiro contacto é realizado pelo enfermeiro da triagem. Neste posto são abordados todos os utentes provenientes do exterior.

O cumprimento da primeira observação médica é gerida de acordo com a Triagem de Manchester desde 2004. Este instrumento, desenvolvido no Reino Unido, foi implementado em Portugal com o objetivo de definir o nível de prioridade, identificar de forma objetiva e sistematizada critérios de gravidade, indicando a prioridade clínica com que o utente deve ser atendido e o tempo alvo recomendado até à primeira observação médica (Norma n.º002/2018). Assim, após avaliada a condição do doente, este é encaminhado para a área respetiva para posterior avaliação médica.

Considera-se que este contexto é favorável ao contacto com o doente em situação crítica, não só pela sua dinâmica de funcionamento mas também pela tipologia de casos que recebe. Assim, ao integrar cada área inerente ao SU, foi possível desenvolver competências de avaliação rápida e eficaz, organização e priorização de cuidados e intervenção de acordo com os recursos disponíveis. A disposição física e por vezes o ambiente pouco controlado, com uma carga de

trabalho extensa e recursos finitos são particularidades deste contexto que nos permitem uma evolução rápida com o intuito de responder às necessidades de definição de prioridades, gestão eficaz de cuidados e adequação de recursos.

## **2.2. Processo de aprendizagem - trajeto percorrido anteriormente**

O percurso de desenvolvimento de competências e habilidades enquanto Enfermeira Especialista na área da Pessoa em Situação Crítica iniciou-se durante a Unidade Curricular "A Pessoa em Situação Crítica em Família - Vigilância e Decisão Clínica", referente ao 2º semestre do primeiro ano, de 7 de setembro de 2020 a 31 de outubro de 2020. Este primeiro estágio foi realizado no contexto extra hospitalar, no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), onde as experiências vivenciadas foram importantes para o meu trajeto, uma vez que o contacto com diferentes meios de assistência ao doente crítico proporcionam uma visão mais abrangente e completa do seu percurso.

O interesse por este local de estágio prendeu-se pela vontade de seguir o caminho do doente crítico desde o extra hospitalar até ao internamento intra-hospitalar, demonstrando-se um contexto rico em experiências e partilha. Assim, tive a oportunidade de desenvolver conhecimentos e habilidades na primeira abordagem ao doente instável, sistematizando um pensamento crítico, reflexivo e objetivo, tendo sempre em conta os meios e o ambiente que nos rodeiam, tornando-me uma profissional mais segura e autónoma nas minhas tomadas de decisão.

Tive a oportunidade de desenvolver competências na abordagem ao doente em situação crítica, em esferas desconhecidas e situações imprevisíveis, com recursos humanos e materiais limitados. Ao longo da prática clínica aprofundei a avaliação à vítima de acordo com a metodologia ABCDE, com atuação em diferentes situações de Paragem Cardiorrespiratória (PCR), trauma, vias verdes, alterações do estado de consciência, intoxicações, etc. Para além disso, a presença dos familiares requer uma maior disponibilidade por parte das equipas, para que estes sejam incluídos como parcela indispensável na avaliação e plano

de cuidados. A promoção da educação em saúde é também um fator de destaque, pela proximidade com a população no seu meio ambiente e que requer uma adequação dos cuidados a cada situação apresentada.

No decorrer do contexto fui analisando os protocolos praticados e surge a questão sobre a otimização dos recursos durante a PCR. De acordo com o Instituto Nacional de Emergência Médica (2017), a PCR é a emergência clínica mais grave e com pior prognóstico, contudo poderá caracterizar-se por um período transitório e reversível, com possibilidade de recuperação para o estado prévio.

Desde 2010 que a utilização da capnografia é recomendada nas *guidelines* para Suporte Avançado de Vida (SAV) da American Heart Association (AHA) e European Resuscitation Council (ERC), como forma não invasiva de monitorizar as manobras de reanimação cardiopulmonar (RCP). Assim, este dispositivo, que avalia a concentração de Dióxido de Carbono (CO<sub>2</sub>) durante a expiração de um ciclo respiratório, quando utilizado neste contexto tem o propósito de assegurar o posicionamento do tubo endotraqueal ou máscara laríngea, monitorizar a ventilação e a qualidade das compressões torácicas, identificar o retorno da circulação espontânea (RCE) e prever a evolução do doente (Javaudin, et al., 2019; Leturiondo et al., 2020).

Tendo em conta as potencialidades desta ferramenta e a complexidade da situação de PCR foi desenvolvida uma sessão de formação para a equipa da instituição e disponibilizado o material de apoio teórico, com o intuito de gerar reflexão sobre as indicações e protocolos utilizados nestes casos, propondo a atualização do protocolo de capnografia praticado nas ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV), de forma a tirar partido dos recursos disponíveis num caso tão complexo e cujo *outcome* estará, em parte, dependente das intervenções realizadas. Considera-se que esta abordagem trouxe benefícios para a equipa, uma vez que permitiu uma sensibilização para a evidência e partilha de experiências, contribuindo para o desenvolvimento pessoal, académico e profissional.

Utilizando como base as competências comuns do Enfermeiro Especialista, descritas no Regulamento n.º 140/2019 de 6 de Fevereiro, assim como as específicas do especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de

enfermagem à Pessoa em Situação Crítica esplanadas no Regulamento n.º429/2018 de 16 de julho e os objetivos propostos pela Unidade Curricular, tendo em vista as características de atuação do meio extra hospitalar e o trabalho realizado durante a prática clínica, considera-se que se desenvolveram as competências propostas para a assistência especializada do doente em situação crítica. Assim, foi possível demonstrar conhecimentos relativos à complexidade da pessoa em situação crítica, reconhecendo as prioridades de atuação, métodos adequados de colheita de dados e formulação de diagnósticos, otimizando os processos terapêuticos e prevenindo complicações, mobilizar os conhecimentos provenientes da melhor evidência científica mantendo uma atuação fundamentada, participar na organização e gestão de recursos adaptados aos contextos, integrar a equipa multidisciplinar desenvolvendo uma comunicação eficaz com todos os intervenientes e contribuir para o controlo de infeção, gestão de meios, segurança do doente, qualidade dos cuidados e desenvolvimento profissional.

Por fim, o ambiente extra hospitalar mostrou-se um âmbito enriquecedor, não só pelas diferentes experiências mas também pelo contacto com profissionais peritos, dotados de competências diferenciadas nesta área, o que facilita a aprendizagem da abordagem ao doente crítico e a sua família, num contexto imprevisível onde a adaptação é constante e a necessidade de pensar um passo à frente imperativa.

### **2.3. Análise reflexiva dos objetivos, atividades e competências adquiridas**

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, a atribuição do título de especialista pressupõe a aquisição de um conjunto de competências decorrentes de domínios comuns e competências específicas da área de especialidade, habilitando o enfermeiro de conhecimentos e capacidades que visam responder às necessidades de saúde em diversos contextos de vida e diferentes níveis de prevenção (Regulamento n.º 140/2019).

Segundo Benner (2001) o processo de aquisição de competências desenvolve-se através da aprendizagem experiencial e transmissão dessas aprendizagens nos

contextos de cuidados, articulado com o conhecimento científico e tecnológico. Para além disso, a reflexão sobre a aprendizagem experiencial contribui para o desenvolvimento de conhecimento clínico e com isso um aperfeiçoamento da própria prática (Benner, 2001).

A reflexão e a autoanálise apresentam-se como ferramentas vitais para a aprendizagem, uma vez que permitem a recaptura de experiências e o pensamento sobre elas de forma a superar lacunas entre a teoria e os cuidados de enfermagem, expandindo o corpo de conhecimentos integrados na prática clínica (Peixoto & Peixoto, 2016).

De forma a contribuir para a tomada de decisão, a enfermagem dispõe de teorias, normas e regulamentos que constituem a base da prática e que norteiam os princípios e a identidade da profissão, concorrendo desta forma para o seu desenvolvimento (Colley, 2003).

Assim, para além da existência de um crescimento profissional e pessoal baseado num desenvolvimento de competências ao longo do tempo, é importante conjugar os contextos de prática onde estas se desenvolvem, com o intuito de criar um desenvolvimento sustentado na teoria e na experiência, baseado em julgamento crítico, tomada de decisão e aquisição de capacidades especializadas, o que se traduz em ganhos para o doente e família, mas também para o profissional.

Nesse sentido, este curso de mestrado fomenta a aquisição de competências especializadas no campo da enfermagem, tendo em vista as competências dos domínios comuns do Enfermeiro Especialista, as específicas na enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica e ainda as competências de mestre em enfermagem. Com a elaboração deste capítulo procura-se descrever, analisar e refletir sobre os objetivos traçados no projeto de estágio, as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas no processo de aprendizagem.

Embora se tenha projetado transversalmente o percurso a realizar nos campos de estágio, no decorrer da prática clínica foram surgindo alterações na sua planificação para melhor adequação aos contextos práticos e ajustes de carácter pessoal. Deste modo, apresentam-se de seguida os objetivos específicos e

atividades desenvolvidas, refletindo de forma crítica e fundamentada sobre as experiências vivenciadas. Por fim, enumeram-se em itálico as competências que se julga terem sido adquiridas ao longo deste percurso de aprendizagem.

**a. Desenvolver competências de atuação como Enfermeira Especialista na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e família/cuidador e aplicá-las nos contextos clínicos.**

A prestação de cuidados ao doente crítico implica uma tomada de decisão, baseada em informação relevante e tendo em conta as possíveis consequências de cada intervenção e recurso (Regulamento n.º429/2018). Assim, atendendo à diversidade e complexidade do doente crítico, de acordo com o Regulamento n.º 429/2018, o Enfermeiro Especialista deve responder eficazmente aos cuidados necessários, mobilizando diferentes conhecimentos e habilidades nas intervenções especializadas, em tempo útil e de forma holística.

Desde o início do curso de Mestrado, várias foram as Unidades Curriculares que contribuíram para o processo de execução deste objetivo, destacando-se as unidades teóricas que colaboraram para o relembrar de conhecimentos fisiopatológicos e de abordagens terapêuticas, assim como na perceção daquilo que é o trabalho do Enfermeiro Especialista junto dos doentes e famílias a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

Contudo, foi durante o contacto com os locais de estágio, que se tornou possível compreender e analisar a abordagem especializada em diferentes ambientes, onde impera a observação, colheita e procura contínua de dados, deteção precoce de instabilidades e intervenção precisa, eficiente e oportuna. Apesar das diferenças entre os contextos de prática, as suas especificidades e proximidade com uma grande variedade de casos clínicos permitiram desenvolver uma visão crítica e abrangente, favorecedora ao processo de aquisição de competências como Enfermeira Especialista.

Em ambiente de Cuidados Intensivos (CI), a monitorização minuciosa e sistematizada, permite conhecer a cada momento a evolução do estado do

doente, a previsão e deteção precoce de alterações. Estas unidades, caracterizadas por um grande suporte tecnológico, proporcionam um ambiente de vigilância muito controlado, onde o cuidar requer uma intervenção multidisciplinar. Numa primeira fase, com o intuito de dar resposta às necessidades do doente ventilado, várias dúvidas e inquietações foram surgindo que motivaram a realização de uma extensa pesquisa bibliográfica e aprofundamento do conhecimento da sua abordagem em termos de cuidados específicos, parâmetros ventilatórios, procedimentos técnicos, terapêutica, utilização de equipamentos e interpretação de dados colhidos.

Segundo Camelo (2012), o enfermeiro que presta cuidados em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), para além de uma qualificação adequada, necessita de competências técnico-científicas, domínio da tecnologia, humanização e individualização do cuidado, discernimento, iniciativa, capacidade de ensino, maturidade e estabilidade emocional.

Assim, na prestação de cuidados neste ambiente procurou-se avaliar de modo metódico, interpretativo, evolutivo e articulado, reconhecendo as situações atuais ou potenciais de deterioração clínica, com vista à implementação precoce de intervenções eficazes e a avaliação das respostas.

Para avaliação do doente crítico, seguiu-se a metodologia ABCDE (*Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*), com o objetivo de detetar focos de instabilidade e priorizar cuidados, antecipando possíveis complicações. O uso de uma abordagem estruturada facilita o reconhecimento de deterioração, sendo o ABCDE uma ferramenta valiosa na avaliação do doente crítico em diferentes contextos, com ou sem recurso a equipamentos (Thim, Krarup, Grove, Rohde & Lofgren, 2012; Olgers, Dijkstra, Drost-de Klerck & Maaten, 2017). Este método assumiu-se de extrema importância na abordagem do doente crítico tanto em ambiente de CI como no SU, permitindo fazer uma definição clara das necessidades a dar resposta, manter uma organização de pensamento, otimizar o trabalho em equipa e as intervenções realizadas.

Para além da monitorização hemodinâmica, durante a prestação de cuidados no contexto de UCIP, era feita a avaliação do estado de consciência, risco de queda,

risco de desenvolvimento de úlcera de pressão e avaliação da sedação, analgesia e *delirium*.

Cerca de 90% dos doentes internados em UCI são submetidos a ventilação mecânica invasiva com necessidade de sedação (Taran, Namadian, Faghihzadeh & Naghibi, 2019). A evidência científica demonstra que em ambiente de UCI a ocorrência de dor varia entre 33 a 51%, agitação entre 55 a 59%, sedação desadequada entre 41 a 57% e *delirium* entre 27 a 64% (Arroyo-Novoa, Figueroa-Ramos & Puntillo, 2019). Deste modo, a avaliação do *delirium*, nível de sedação, analgesia e dor foi um aspeto de destaque durante este contexto, sendo que o Enfermeiro Especialista deve ser capaz de gerir protocolos complexos, medidas de controlo da dor e gestão de situações de sedo-analgesia (Regulamento n.º429/2018).

Para atingir uma sedação ajustada vários fatores estão envolvidos, deste modo o uso de protocolos de sedação com o objetivo de tornar o doente confortável, otimiza os resultados para o mesmo e diminui os custos em saúde (Taran et al, 2019). Por forma a melhor gerir estes protocolos, era necessário utilizar instrumentos validados, com o intuito de melhorar o tratamento da dor, reduzir as infeções nosocomiais, diminuir a duração da ventilação mecânica, da hospitalização e da mortalidade (Baron et al., 2015).

Assim, realizou-se de forma regular a avaliação do grau de sedação do doente através da escala de Richmond Agitation Sedation Scale (RASS). Esta escala de agitação e sedação era aplicada pelo menos uma vez por turno e contém 10 níveis, variando de +4 a -5, sendo os níveis positivos referentes a agitação, os níveis negativos a sedação e o nível 0 a um estado de alerta e calma (Sessler et al., 2002). Outras escalas poderiam ser utilizadas, como a Escala de Ramsay e Scale of Agitation-Sedation (SAS), contudo a evidência demonstra que a escala de RASS proporciona uma avaliação mais fidedigna e assim um controlo da sedação mais seguro e efetivo (Namigar et al., 2017; Rassheed et al., 2019).

A utilização deste instrumento permite que de acordo com a situação do doente, seja ajustado o nível de sedação que se pretende manter, utilizando o protocolo estabelecido na unidade, evitando a sedação excessiva ou insuficiente,

melhorando o conforto e segurança do doente (Qi et al., 2020). Na UCIP, verificou-se que os fármacos mais utilizados são Propofol e Dexmedetomidina, de forma isolada ou em associação, o que vai de acordo com *guidelines* internacionais (Devlin et al., 2018). Estes fármacos são preferíveis ao uso de sedativos benzodiazepínicos, uma vez que estão associados a melhores resultados para o doente como sedações mais leves, menor tempo de ventilação invasiva, menor tempo de internamento e menor incidência de *delirium* (Devlin et al., 2018).

Um aspeto interessante da Dexmedetomidina, é a "sedação consciente", em que os doentes têm um nível de sedação que lhes permite acordar em resposta à estimulação verbal, correspondendo a um RASS entre 0 a -3 e manter um estado calmo e colaborante (European Medicines Agency, 2018). Isto possibilita a avaliação de défices, redução do tempo de sedação, redução da prevalência de agitação e *delirium* e diminuição da mortalidade, sendo os efeitos adversos mais comuns, mas reversíveis, a hipotensão e a bradicardia (Shehabi et al., 2019).

Para além disso, a avaliação da dor é um ponto importante nos cuidados ao doente crítico, podendo esta ser caracterizada como uma experiência multidimensional desagradável, que envolve o componente sensorial e/ou emocional, associado a uma lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em função de tais danos (Devlin et al., 2018). Em ambiente de UCI, a avaliação deste parâmetro pode tornar-se complexa tendo em conta que, em doentes sedados, existe uma impossibilidade de se auto avaliarem, contudo isso não nega a possibilidade de sentirem dor, não só pelas lesões físicas, como pelos procedimentos invasivos e não invasivos realizados, dificuldade de comunicação, medo, ansiedade e ambiente stressante.

No doente crítico, a ocorrência de dor provoca instabilidade cardíaca, compromisso respiratório, imunossupressão e alterações do nível de consciência, o que justifica a sua avaliação regular e tratamento eficiente (Devlin et al., 2018). Na UCIP, as escalas utilizadas para este efeito são Behavioral Pain Scale (BPS) e Escala Numérica da Dor (END). Relativamente à BPS, esta é utilizada em doentes sob ventilação mecânica, possui um *score* entre 3 e 12 e inclui três componentes: expressão facial, movimentos dos membros superiores e

adaptação ao ventilador (Ahlers, Veen, Dijk, Tibboel & Knibbe, 2010). Já a END, corresponde a uma escala de autoavaliação de intensidade da dor de 0 a 10, sendo a classificação 0 "Sem dor" e a 10 "Dor Máxima" (Circular Normativa n.º09/DGCG). Resultante desta avaliação e de acordo com o protocolo de analgesia do serviço, é administrado um bólus de fármaco opióide, aumentada a sua dose de perfusão ou conjugada a sua ação com outros fármacos analgésicos. Esta atuação, vai de acordo com normas internacionais, havendo um tratamento orientado pela avaliação, baseado em protocolos e com avaliação regular deste parâmetro, o que se traduz na diminuição do risco de complicações (Teixeira & Durão, 2016).

Por fim, para avaliação do *delirium* é utilizada a escala Confusion Assessment Method (CAM-ICU), adaptada às UCI. Inicialmente foi necessário clarificar a diferença entre *delirium* e delírio. Segundo Cerqueira (2015), o delírio caracteriza-se por ser uma alteração na formação do juízo, tendo origem na doença mental, que não é passível de correção por meios racionais uma vez que advém de uma condição patológica preexistente. Já o *delirium* é uma disfunção cerebral aguda com comprometimento do estado de consciência, transitória e flutuante, não associado exclusivamente com transtornos psiquiátrico mas também com condições orgânicas, frequentemente relacionado com internamentos em UCI, idade avançada, deterioração cognitiva anterior, história de alcoolismo e uso de benzodiazepinas (Cerqueira, 2015; Miranda et al., 2018).

A CAM-ICU é uma escala de avaliação faseada, rápida de aplicar e adequada a doentes ventilados uma vez que não requer comunicação verbal (Miranda et al., 2018). Primeiramente é feita a avaliação do estado de consciência através de outra escala validada, como a RASS, que determinará se deveremos prosseguir. O passo seguinte é a verificação do conteúdo da consciência para estabelecer a presença de alterações do estado mental e dessa forma a presença de *delirium*. Neste sentido, esta escala é aplicada uma vez por turno, sendo que o seu resultado orienta a implementação de intervenções para o seu controlo. A sua avaliação torna-se primordial tendo em conta que a prevalência do *delirium* está associada a um aumento da mortalidade, tempo de internamento, custos em saúde e alterações cognitivas a longo prazo (Barr et al., 2013).

De uma forma geral, estes parâmetros eram avaliados periodicamente pela equipa, devidamente registados e utilizados como guia orientador no tratamento multidisciplinar. Sendo assim, nos contextos clínicos, o objetivo para o doente crítico era que, consoante a sua condição, estivesse acordado e alerta, sem dor, ansiedade ou *delirium*, o que permite a sua participação ativa no processo de tratamento e recuperação (Baron et al., 2015). O contacto com estas estratégias permitiu o desenvolvimento de competências aprofundadas na gestão complexa da prestação de cuidados ao doente crítico.

Já no contexto de Serviço de Urgência, a sua dinâmica, elevada afluência e multiplicidade de cenários a ocorrer simultaneamente, cria um ambiente propenso à ocorrência de falhas, o que impõe uma abordagem ao doente crítico rigorosa e eficiente, controlando os vários fatores concorrentes e recursos, otimizando as intervenções realizadas. Neste local foi possível compreender a exigência na articulação das respostas e perceber o papel imprescindível do enfermeiro na interligação das diferentes necessidades.

O ambiente de Serviço de Urgência requer uma capacidade de abordar o doente em todas as situações, com uma prática sustentada em conhecimento e perícia, por forma a avaliar a informação, identificar problemas e modificar planos de cuidados de acordo com as necessidades que vão surgindo, tudo isto a um ritmo ininterrupto e abrangendo, na maioria das vezes, vários casos simultaneamente. Assim, Costa and Gaspar (2017) referem 8 competências essenciais para a prestação de cuidados em SU, que serviram como referência no contacto com este ambiente, como o desempenho dos cuidados prestados, trabalho em equipa, liderança, humanização, relacionamento interpessoal, tomada de decisão, orientação para os resultados e proatividade.

Durante o período de estágio aprofundou-se conhecimentos na abordagem à vítima de trauma, quadros de disritmias, paragem cardiorrespiratória, crises convulsivas, alterações do estado de consciência, síndromes coronárias agudas, acidentes vasculares cerebrais, diversas infeções e diferentes tipos de choque. Aqui a avaliação do doente mantinha-se seguindo o algoritmo ABCDE, tendo em conta que se aplica a todas as emergências clínicas, permitindo uma rápida identificação das prioridades que colocam o doente em risco de vida. Os

principais objetivos da utilização desta metodologia são: proporcionar tratamento *life-saving*, subdividir casos complexos em partes mais fáceis de gerir, providenciar um algoritmo de avaliação e tratamento, estabelecer uma consciência comum entre todos os profissionais envolvidos e ganhar tempo até ao diagnóstico e tratamento definitivo (Thim et al., 2012).

Dentro dos diferentes postos de trabalho no SU, a triagem destaca-se como o primeiro contacto do doente com a urgência, onde um enfermeiro, com formação específica, através de uma avaliação rápida e completa, identifica os principais problemas, atribuindo-lhe uma prioridade e alocação nos diferentes setores, que determinará a brevidade com que deve ser observado pela equipa médica. A consciência da importância do juízo clínico neste setor, implica uma preparação, destreza, competência e experiência suficiente na tomada de decisão, de forma a avaliar a gravidade clínica e distribuir de forma correta o doente pela área adequada. As falhas na triagem terão consequências na qualidade dos cuidados prestados e condicionarão a sua eficácia (Soler, Gómez, Bragulat & Álvarez, 2010).

A existência de um sistema de triagem proporciona uma forma metódica e organizada de realizar triagem, permitindo uma gestão de risco, organizando com segurança o fluxo de doentes. Nos Serviços de Urgência do Serviço Nacional de Saúde está implementado o sistema de Triagem de Manchester que tem como objetivo a definição do nível de prioridade, de critérios de gravidade e de forma objetiva e sistematizada indicar a prioridade clínica com que o doente deve ser atendido, assim como o tempo recomendado até observação médica e não estabelecer diagnósticos (Norma n.º002/2015). Este sistema utiliza um fluxograma de decisão com 52 categorias consoante a queixa principal do doente e classifica-o em 1 de 5 níveis, emergente, muito urgente, urgente, menos urgente ou não urgente (Norma n.º002/2015).

Deste modo, considera-se que a atuação do Enfermeiro Especialista distingue-se nesta valência, uma vez que este emprega conhecimentos orientados para a deteção de focos de instabilidades e competências de definição de prioridades através de uma avaliação completa e estruturada, o que poderá facilitar o

processo de identificação e interpretação de alterações, sinais de gravidade, gestão clínica e tomada de decisão (Regulamento n.º 429/2018).

A Sala de Emergência, pertencente ao SU, "constitui a interface entre a emergência pré-hospitalar e a urgência hospitalar, sendo por isso uma área fundamental para a mais correta abordagem do doente emergente, grave e crítico" (ACSS, 2019, pp.7). Indo de acordo com as Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência, este local proporciona condições para suporte avançado de vida, com princípios da melhor abordagem, reanimação, tratamento e estabilização para posterior encaminhamento, encontrando-se fisicamente próxima da entrada do SU, de áreas de tratamento e do posto de triagem, com um circuito de doentes unidirecional e com capacidade para 2 unidades funcionais, podendo em caso de necessidade receber um terceiro doente (ACSS, 2019).

Este local é ativado para todas as situações graves ou de risco de vida provenientes do exterior ou de outras áreas hospitalares e aloca dois enfermeiros por turno, um proveniente do SU e outro da UCIP o que me permitiu integrar a SE em ambos os campos de estágio.

Face às condições extraordinárias de resposta à pandemia COVID-19, uma segunda SE foi improvisada destinada a doentes suspeitos ou positivos para COVID-19. Esta medida provocou diversos constrangimentos na qualidade da atuação, uma vez que não existiu um aumento no número de enfermeiros destinados a estas duas salas, ao contrário da equipa médica, logo, em casos de ativação simultânea, o que ocorria frequentemente, ficava apenas um elemento por local muitas vezes em gestão múltipla de doentes. Para além disso manteve-se destinado apenas um assistente operacional, que não conseguia dar apoio nos dois locais ao mesmo tempo. Conclui-se que a falta de planeamento na concretização destas mudanças poderia comprometer a prestação de cuidados ao doente, concorrendo para uma resposta ineficaz e para a ocorrência de falhas.

Assim, a atuação do Enfermeiro Especialista na SE torna-se primordial, indo de encontro às competências esperadas no desempenho do papel. Neste local, existiu a oportunidade de desenvolver conhecimentos e habilidades em suporte

avançado de vida e executar cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos ao doente crítico, identificando focos de gravidade, implementando intervenções aos problemas identificados e monitorizando a adequação das respostas.

A abordagem ao doente crítico em contexto de urgência pressupõe, por vezes, uma avaliação com informação condicionada, com necessidade de assimilar dados essenciais de forma rápida para a elaboração do plano de cuidados a ser implementado de forma imediata. Nesta dinâmica, é exigido um processo de recolha de informação, planeamento, implementação, avaliação e de cooperação dentro da equipa multidisciplinar.

Deste modo, ao longo da prática clínica, considera-se ter atingido as competências *presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, garante a administração de protocolos terapêuticos complexos, faz a gestão diferenciada da dor e do bem estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas, implementa intervenções planeadas tendente à vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos decorrentes da doença aguda e processos que careçam de meios de intervenção avançados, avalia os resultados com base nas respostas da pessoa e gere as circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos associados à administração de processos terapêuticos nos diversos contextos de atuação.*

**b. Compreender e analisar as dinâmicas funcionais dos contextos clínicos e integrar, de forma adequada, a equipa multidisciplinar.**

A integração em cada contexto é um fator importante para o sucesso do trabalho desenvolvido, para que seja possível retirar o máximo de partido na obtenção de experiências que contribuam para o desenvolvimento de competências profissionais especializadas. Portanto, a necessidade de reconhecer e perceber a dinâmica funcional de cada local, concorre para uma prestação de cuidados mais eficiente.

A UCIP é um serviço dinâmico e complexo, onde decorrem diversos programas de controlo de qualidade, trabalhos de investigação e consultas de *Follow-Up*. Estas consultas, realizadas por médico e enfermeiro, têm como objetivo avaliar a existência de sinais ou sintomas de depressão ou stress pós traumático, decorrentes do internamento em Cuidados Intensivos, através da aplicação de vários questionários. Resultante deste acompanhamento, os utentes podem ser encaminhados para outros profissionais, de forma a solucionar problemas encontrados, ou serem chamados para uma segunda consulta de avaliação.

Para admissão nesta unidade os critérios encontram-se claramente definidos, podendo o doente dar entrada proveniente da SE, de outros serviços ou de outros hospitais, estando o seu internamento associado a politraumas ou falência multiorgânica.

Desde a entrada até à sua saída, existe um grande trabalho de equipa multidisciplinar, para que o doente se restabeleça rapidamente e com o menor número de complicações e lesões permanentes. A equipa multidisciplinar é constituída pela equipa de enfermagem, equipa médica, assistentes operacionais, fisioterapeutas, nutricionistas, apoio do laboratório, logística e farmácia, colaborando de forma coordenada numa visão global de cuidado ao doente.

A equipa de enfermagem executa um trabalho de grande responsabilidade na prestação de cuidados ao doente crítico, através da monitorização e vigilância permanente, tendo para isso formação técnica e científica, com o intuito de responder de forma rápida e eficaz a todas as necessidades do doente crítico, o que se torna fundamental para a sua recuperação.

Por turno, existe um enfermeiro responsável que contribui para a gestão da unidade. Este papel implica uma verificação e reposição de recursos materiais, necessidades de reparação, gestão de vagas, distribuição de doentes pela equipa de enfermagem e coordenação das funções dos assistentes operacionais, tornando-se a referência e representante de enfermagem do turno. Este posto é, normalmente, assumido pelo enfermeiro mais antigo o que nem sempre implica que seja um Enfermeiro Especialista. De acordo com o Regulamento n.º140/2019, é certificado ao Enfermeiro Especialista competências de conceção, gestão e supervisão de cuidados, por forma a otimizar a resposta e articulação da equipa

de saúde, adaptar a liderança e a gestão de recursos aos contextos, garantindo a qualidade dos cuidados. Deste modo considera-se que este papel poderia ser desempenhado preferencialmente pelos Enfermeiros Especialistas do serviço, uma vez que as áreas a que tem de dar resposta espelham um perfil de competências por estes adquiridas. Relativamente ao Serviço de Urgência, também existe um enfermeiro por turno responsável pela gestão, coordenação e funcionamento de todos os setores e equipa. Mais uma vez este papel não necessita de ser assumido por um Enfermeiro Especialista o que permite inferir que a aquisição de competências especializadas nem sempre é reconhecida para esta função.

Para além disso, na UCIP, no turno da tarde e da noite o enfermeiro responsável tem também a seu cargo a prestação de cuidados a doentes, mantendo as responsabilidades como referência no turno, o que se traduz numa elevada carga de trabalho para esse elemento e na dificuldade em se manter a par de todas as situações ocorrentes. Já no SU, o enfermeiro destacado como coordenador não integra nenhum setor, mantendo-se na gestão e supervisão.

Apesar de em nenhum dos locais de estágio existir então um reconhecimento do Enfermeiro Especialista como mais apto para o papel de responsável de turno, foi, no entanto, possível perceber que estes se tornam uma referência a nível da prestação de cuidados, dando apoio nos casos e setores mais complexos.

No momento da alta da UCIP, o doente poderá ter alta hospitalar ou ser transferido para outro serviço ou instituição. Na transferência de serviço o doente é acompanhado por um enfermeiro, que fará a transição de cuidados de forma presencial. A transição de cuidados é um momento vulnerável à perda de informação e falhas na continuidade do cuidado, principalmente quando se passa de um ambiente rico em monitorizações, como as UCI, para um com menos recursos disponíveis (Hervé, Zucatti & Lima, 2020). Estes factos aumentam os eventos adversos relacionados com medicação, quedas, infeções nosocomiais, deterioração clínica, readmissões e óbitos (Hérve et al., 2020). Assim, o acompanhamento do enfermeiro na transferência de serviço tenta garantir uma transição de cuidados mais segura e completa, transmitindo a informação

verbalmente e de forma presencial, onde a equipa pode ver o doente enquanto recebe as informações e esclarecer dúvidas que daqui advenham.

Da mesma forma, durante o internamento em UCI, o doente crítico frequentemente necessita de ser transportado a fim de ser submetido a procedimentos terapêuticos e diagnósticos. O transporte poderá traduzir-se num período de instabilidade com agravamento do estado e originar complicações, que devem ser antecipadas (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008). Na UCIP, todos estes transportes são realizados pelo enfermeiro responsável pelo doente, médico, assistente operacional e mensageiro, existindo um trabalho de decisão, planeamento e efetivação multidisciplinar.

No que toca às transferências inter-hospitalares, o doente é sempre acompanhado pelo enfermeiro que por ele está responsável e pelo médico assistente da unidade. Apesar do transporte ser feito com os meios mais diferenciados, não diminuindo o nível de cuidados durante este momento, tendo em conta que não é chamado um enfermeiro para realizar o transporte, se existir mais algum doente a seu cargo este terá de ficar sob responsabilidade de outro colega, o que ultrapassará as recomendações de dotações seguras e comprometerá a segurança dos cuidados.

Em todos estes momentos, o papel do Enfermeiro Especialista é imprescindível, pela capacidade de gestão e articulação dos cuidados, assim como identificação antecipatória de possíveis focos de instabilidade e planeamento do processo a seguir.

Dentro das valências da UCIP, por forma a responder às situações de emergência em todos os pontos do hospital, destaca-se a equipa de EMI. Esta equipa é constituída por um enfermeiro e um médico da unidade, ativada por via telefónica e de resposta imediata, com competências em abordagem avançada de via aérea e técnicas de reanimação (Circular Normativa n.º 15/DQS/DQCO). O objetivo é que a sua ativação seja feita em situações de significativa deterioração fisiológica aguda e não só em casos de PCR, isto permitirá uma intervenção precoce e assim diminuição da mortalidade e morbidade (Circular Normativa n.º 15/DQS/DQCO). O enfermeiro destacado para integrar a EMI encontra-se na

unidade, com doentes a seu cargo, tendo de se ausentar de forma momentânea em caso de ativação. Esta equipa faz-se sempre acompanhar por um monitor/desfibrilhador e uma mochila de material e fármacos de emergência, para ativações em locais não clínicos, como por exemplo corredores, onde não existe a presença do padronizado "carro de emergência".

Ao longo do estágio, tornou-se possível reconhecer como o Enfermeiro Especialista atua durante estas ativações, coordenando a equipa do serviço onde ocorre a ativação, gerindo os recursos necessários ao mesmo tempo que participa nos cuidados técnicos de avaliação e intervenção da pessoa a vivenciar falência orgânica.

O SU contempla uma maior equipa presente por turno de forma a assegurar os diversos setores, existindo várias salas de trabalho e diferentes percursos, por esse motivo foi preciso mais tempo para integração em todas as áreas.

Para entrada no SU, após admissão no secretariado o utente passa pelo posto de triagem, onde é avaliado pelo enfermeiro e lhe é atribuída uma prioridade. Posteriormente é encaminhado, com um assistente operacional, para o setor onde será observado. De seguida, é colocado na área onde serão realizadas as intervenções necessárias pela equipa de enfermagem e enviado, em caso de necessidade, para a realização de meios complementares de diagnóstico com um assistente operacional. A distribuição física dos doentes pelas diferentes áreas é feita de forma a assegurar um maior grau de vigilância nos casos de maior instabilidade, ficando estes mais perto dos postos de trabalho de enfermagem de cada setor. Contudo, por falta de espaço, a colocação de doentes nos corredores e em salas de menor vigilância implica um maior risco para a sua segurança.

Assim, identifica-se a estrutura física do serviço como uma limitação, não existindo monitorização e vigilância à distância para que de alguma forma se conseguisse detetar alterações de forma precoce.

Outro aspeto negativo na dinâmica funcional do SU é a necessidade do doente se deslocar até à especialidade médica da qual requer observação e não o contrário. Este facto implica uma ausência constante do assistente operacional do setor para transferência do doente pelo SU, assim como transportes frequentes e como

consequência períodos longos de baixa vigilância enquanto aguarda nova avaliação médica. Considera-se deste modo que a circulação do doente pelo SU deveria ser sempre em prol dos melhores cuidados possíveis para o mesmo e não para o conforto dos profissionais. Assim, a articulação e comunicação entre os elementos da equipa torna-se essencial, com o intuito de prestar cuidados eficazes, seguros e em tempo útil.

Existe, no entanto, uma modificação do percurso do doente face às contingências inerentes à COVID-19. Após contacto com o secretariado e se confirmado o diagnóstico positivo para COVID-19, o utente é encaminhado para um novo setor, onde é realizada a triagem, avaliação médica, monitorizações, intervenções e avaliações necessárias. Nesta área os doentes são observados por todas as especialidades médicas fundamentais, havendo deslocações apenas para realização de meios complementares de diagnóstico, transferência intra-hospitalar ou necessidade de entrar na sala de emergência.

Em contexto de SU, a transmissão de informação para as transferências intra-hospitalares são realizadas por via telefónica, sendo o doente acompanhado ao novo serviço por um mensageiro, exceto em situações de doença crítica, em que o doente com instabilidade é admitido num serviço de Cuidados Intensivos e o transporte realizado com presença de médico e enfermeiro. Considera-se que esta dinâmica contribui para a ocorrência de falhas nos cuidados, tendo em conta a dinâmica volátil de um SU, onde frequentemente o transmissor de informação não se consegue inteirar da situação clínica do doente a transferir, dado o volume de casos a que é submetido. Esta transição de cuidados não está assente numa verificação prévia do doente, nem na utilização de uma metodologia estruturada de transmissão de informação, sendo este facto detetado como um aspeto de melhoria para a qualidade e segurança dos cuidados.

Não obstante, em situações de transferência para outras unidades hospitalares, por inexistência de recursos no hospital de origem ou para dar continuidade ao tratamento, o transporte é planeado de acordo com a "Avaliação para o transporte intra hospitalar" proposta pela Ordem dos Médicos and Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). Uma das dificuldades descritas pelos profissionais prende-se pela ausência de um elemento da equipa de enfermagem durante um

longo período de tempo, existindo um impacto negativo na prestação de cuidados do setor a que este estava atribuído. Não foi vivenciada nenhuma situação de transporte inter-hospitalar, contudo a reflexão e partilha de experiências foram úteis para se compreender a dinâmica subjacente.

Ao longo da Unidade Curricular procurou-se compreender e integrar a dinâmica funcional dos locais de estágio assim como integrar a equipa multidisciplinar como elemento ativo na prestação de cuidados, reconhecendo e refletindo sobre a atuação diferenciada do Enfermeiro Especialista em cada setor e valência. Desta forma assume-se a aquisição das competências *integra e participa na equipa multidisciplinar, desenvolve trabalho em equipa e interajuda, reconhece a competência na área de especialidade, adota uma conduta antecipatória garantindo a segurança, identifica oportunidades de melhoria, reconhece a dinâmica funcional dos serviços e compreende a coordenação dos diferentes recursos para a abordagem do doente crítico.*

### **c. Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz, participando na gestão e coordenação dos cuidados à pessoa em situação crítica e família/cuidador**

As instituições de saúde são organizações complexas que vão sofrendo alterações de acordo com o cenário social, político e económico. A enfermagem faz parte integrante deste processo, uma vez que para além das ações de cuidar, realiza também atividades de gestão em diversos níveis (Alves, Ribeiro & Campos, 2010).

De acordo com o Regulamento n.º140/2019, compete ao Enfermeiro Especialista, independentemente da sua área de especialidade, a competência de gestão dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa de saúde, a articulação da equipa, assim como a adaptação da liderança e gestão de recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

Durante o período de estágio, foi possível realizar um turno com o enfermeiro tutor em cargo de enfermeiro responsável, para que pudesse observar o papel do Enfermeiro Especialista em funções de coordenação, nos dois contextos e

compreender a sua importância acrescida, devido à responsabilidade que o próprio título lhe confere.

Na UCIP, no turno da manhã, o responsável de turno assume em colaboração com o enfermeiro chefe a gestão de recursos humanos e materiais da unidade. Nesse momento são asseguradas as necessidades para as restantes 24h, identificado material que necessita de manutenção ou substituição, feito um levantamento e pedido do stock de fármacos, realizados pedidos de material e identificadas falhas que necessitem de intervenção. A distribuição do plano de trabalho, organização do horário e distribuição dos elementos para momentos de pausa é também da sua função. Para além disso, encontra-se disponível para colaborar na prestação de cuidados e intervenções mais complexas, assim como para gestão e supervisão dos cuidados da equipa multidisciplinar. No turno da tarde e da noite, o enfermeiro responsável tem a seu cargo doentes, contudo assume a gestão da unidade, coordenando as vagas e camas ocupadas, realiza a distribuição do plano de trabalho para o turno seguinte, coordena o trabalho da equipa de assistentes operacionais, verifica a chegada dos pedidos de material e fármacos, sinaliza avarias e problemas e, em conjunto com o médico responsável, orienta a dinâmica do contexto.

Em ambiente de SU, o papel do Enfermeiro Especialista responsável de turno, torna-se semelhante à UCIP em alguns aspetos. Visando as diversas valências do SU e a equipa extensa que alberga em todos os turnos, o enfermeiro responsável assume, primeiramente, a verificação de que todos os postos de trabalho estão assegurados e tarefas distribuídas, de forma a satisfazer as necessidades de cuidados a prestar. Se necessário, é feita uma redistribuição de elementos por áreas, tendo em conta que a afluência nos vários setores não é linear. Além disto, tal como na UCIP, nos turnos da manhã juntamente com o enfermeiro chefe, encarrega-se da verificação do material, solicitação de pedidos de manutenção, identificação de problemas e distribuição dos elementos para o turno seguinte. De forma a garantir uma total disponibilidade de assistência a todos os postos, é utilizado um contacto telefónico, com o intuito de responder às necessidades das equipas, mantendo um ambiente favorável à prática de cuidados.

Ao contrário do contexto de CI, o enfermeiro responsável, tendo em conta a dimensão do serviço e o volume de tarefas a realizar, não apoia de forma direta na prestação de cuidados complexos, destacando no entanto os elementos da equipa mais indicados para o fazer. Realça-se que esses elementos são geralmente Enfermeiros Especialistas em EMC que colaboram no apoio aos casos mais complexos, através da gestão dos cuidados diretos, definição de prioridades, tomadas de decisão e utilização de recursos.

Como referido, o papel de responsável de turno nem sempre é assumido por um Enfermeiro Especialista em EMC o que gera alguma reflexão. No âmbito do exercício profissional, as funções de responsável de turno devem ser da responsabilidade do enfermeiro mais qualificado para as desempenhar. De acordo com o Parecer Conjunto n.º01/2017 o enfermeiro responsável de turno deve "possuir um conjunto de competências, que integra cumulativamente as competências comuns e específicas na área de especialização de acordo com o core de conhecimentos científicos da respetiva unidade orgânica/serviço" (pp.3). Assim, considera-se que o profissional com melhor formação para o desempenho desta função é um Enfermeiro Especialista, uma vez que lhe compete estar melhor preparado na área de gestão (Parecer conjunto n.º01/2017). Todavia, segundo o mesmo Parecer, na sua ausência ou inadequação à função, poderá ser nomeado um enfermeiro de cuidados gerais, desde que comprovada a sua capacidade para a função.

O papel de chefia, assume responsabilidades de gestão e organização dos serviços e cuidados de enfermagem. Para Jean and Rowat (2005) citado por Dias (2011), esta função deve contemplar competências como: liderança, isto é, construir e transmitir uma visão comum; a colaboração e a comunicação, de forma a criar relações de cooperação eficazes; práticas de gestão, para identificar, avaliar e implementar estratégia de aprendizagem e melhoria de desempenho.

Nos dois contextos, as tarefas desempenhadas pelo enfermeiro chefe vão de encontro com o Decreto-Lei n.º 71/2019, onde se estabelece que o enfermeiro em funções de gestor é responsável pelo planeamento, organização, direção e avaliação dos cuidados de enfermagem, promovendo a qualidade e segurança.

Este integra a capacidade de gestão de recursos, otimizando as respostas com respeito pela ética e deontologia do exercício de enfermagem, gestão dos recursos humanos funcionalmente dependentes através da elaboração de planos de trabalho, escalas e planos de férias, otimizando a eficiência e produtividade, criar condições de trabalho dignas contribuindo para o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, garantir uma prática baseada na evidência e em normas de boas práticas, implementar processos de melhoria contínua da qualidade, contribuir para uma cultura de segurança, divulgar informação relevante ao exercício profissional, promover o desenvolvimento da investigação e formação e responsabilizar-se pela valorização de competências da equipa que gere (Decreto-Lei n.º71/2019).

Relativamente às metodologias de trabalho, em contexto de UCIP, destaca-se o método de trabalho individual, o qual apresenta vantagens como maior individualização dos cuidados, satisfação do doente, traduzindo-se numa maior segurança e confiança. De acordo com Silva (2017), este método centra a sua atenção nas necessidades holísticas do doente, personalizando os cuidados através de uma distribuição limitada de doentes, em função do grau de dependência, por enfermeiro, que durante o seu turno de trabalho, presta os cuidados globais aos doentes que lhe foram atribuídos. Contudo, apesar da responsabilidade de todos os cuidados estar atribuída a um enfermeiro, observou-se um trabalho de colaboração e complementaridade entre todos os elementos, de forma a prestar a melhor assistência possível.

Já no SU, o método de trabalho é predominantemente à tarefa, onde as intervenções são parceladas e executadas consoante prescrição. Tendo em conta o volume de trabalho inerente a um SU, esta organização poderá apresentar vantagens de produtividade contudo os cuidados são executados de forma fragmentada e por diferentes elementos da equipa o que leva à insatisfação do doente e suscetibilidade de ocorrência de erros (Silva, 2017).

Neste sentido, através das observações e análises feitas adquire-se competências de *reconhece os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa, coopera na organização do trabalho, identifica as atividades de gestão e colabora no seu desenvolvimento.*

#### **d. Melhorar as competências de comunicação com a pessoa em situação crítica e família/cuidador.**

Em situações de urgência/emergência, a comunicação torna-se uma das pedras basilares dos cuidados de enfermagem. De acordo com o Código Deontológico, no respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro tem o dever de, relativamente aos cuidados de enfermagem, informar o indivíduo e família fornecendo as informações necessárias, de forma a respeitar e promover o direito ao consentimento informado, atendendo com responsabilidade e cuidado todo o pedido de explicação (Lei n.º 156/2015).

A comunicação é um processo dinâmico, complexo e em permanente mudança, que designa todas as formas de relações sociais, seja em contexto de Cuidados Intensivos ou Serviço de Urgência. Deste modo, é essencial reconhecer que seja qual for o nível de incapacidade comunicativa, a comunicação está presente e deve ser estimulada através de meios adequados. Nos cuidados de saúde, a comunicação tem um papel essencial na prevenção, deteção precoce, diagnóstico, tratamento, casos *life-saving* e cuidados em fim de vida (Kreps, 2015).

Inerente às competências do Enfermeiro Especialista em EMC na área da Pessoa em Situação Crítica, espera-se que para cuidar da pessoa e família a vivenciar processos complexos de doença crítica, seja capaz de gerir uma comunicação interpessoal que fundamente uma relação terapêutica eficaz e adequada ao doente crítico, demonstrando capacidades em técnicas de comunicação, que envolvam todos os intervenientes, apoiando-os no processo de transição e adaptação decorrentes de processos complexos de doença.

Nos cuidados ao doente crítico, a comunicação torna-se um instrumento indispensável ao desempenho profissional uma vez que permite uma assistência segura, que identifique e responda às necessidades biológicas, psicológicas, sociais e espirituais (Santos, Santos, Lima, Lima & Santos, 2018; Vieira, 2014).

Em contexto de UCIP, a utilização de tecnologia para manutenção de funções vitais, a realização de tratamentos avançados e observações rigorosas podem levar a uma despersonalização do doente durante a fase mais crítica de doença

(Laerkner, Egerod, Olesen & Hansen, 2017). Associado a isto, a ventilação mecânica, sedação e a própria alteração fisiológica provocada pelo estado de doença aguda, comprometem a comunicação verbal e não verbal, sendo necessário uma preparação dos profissionais de saúde para que sejam capazes de responder a este desafio (Gomes, 2020). A incapacidade de se expressarem leva a que muitos doentes experienciem sentimentos de ansiedade, medo, impotência, *delirium* e stress, levando a uma diminuição da participação no seu próprio tratamento (Gomes, 2020). Assim, a interação com o doente com a comunicação comprometida exige uma consciencialização dos profissionais de saúde para o uso de estratégias que facilitem esta ação, com o intuito de prestar cuidados direcionados e estabelecer uma relação terapêutica com impacto positivo na transição que o doente crítico vivencia.

Posto isto, durante os períodos de estágios, procurou-se adotar estratégias facilitadoras da relação terapêutica como manter o doente orientado no tempo e espaço, tendo em conta a condição do mesmo, informar sobre as intervenções a realizar de forma a incutir um estado de tranquilidade e segurança e recorrer a técnicas de comunicação não verbal, baseadas na Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA) como piscar de olhos, uso de quadros de comunicação com símbolos, letras e palavras e providenciar uma folha e caneta (Pina et al., 2020).

Apesar da restrição de visitas, face às diretrizes hospitalares devido à pandemia COVID-19, existe uma preocupação permanente em responder às necessidades das famílias/pessoas significativas durante o internamento. De forma a minimizar o impacto da rutura desencadeada pelo processo de hospitalização em Cuidados Intensivos, é realizada de forma diária uma chamada telefónica pela equipa médica com o intuito de informar os familiares da evolução fisiopatológica e do plano médico a seguir. À equipa de enfermagem compete a realização de videochamadas com o doente para os familiares de forma a responder a necessidades informativas, emocionais e pessoais em ambas as partes.

Em casos de exceção em que são concedidas visitas, a receção é feita pelo médico assistente para numa primeira instância serem informados do estado clínico do familiar. Posteriormente o acompanhamento no restante percurso pela unidade é feita pelo enfermeiro. Nesta fase, considera-se essencial a existência

de competências de comunicação inerentes ao Enfermeiro Especialista, uma vez que o contacto com uma UCI desencadeia nas famílias fatores de stress tendo em conta o ambiente e equipamento estranho, a natureza imprevisível do estado do doente, o receio da possibilidade iminente da morte, o disparo dos alarmes e a dificuldade em lidar com as alterações visíveis no familiar (Oliveira, 2011). Como tal, a preocupação inicial prendia-se com, num ambiente o mais tranquilo e privado possível, esclarecer todas as dúvidas e especificar todas as intervenções clínicas que estão em execução, de forma a colmatar ansiedades e familiarizar os visitantes com a dinâmica da unidade. De seguida, junto do doente, era explicado de forma geral e simples a função dos equipamentos, a desmistificação dos alarmes, sondas e soros e permitida e incentivada a proximidade e comunicação com o familiar.

As visitas de familiares/pessoas significativas contribuem para a minimização do desconforto e isolamento decorrente da hospitalização (Sousa & Andrade, 2000). A abordagem aos familiares em CI requer da equipa multidisciplinar tempo e dedicação, por vezes difícil de proporcionar tendo em conta a volatilidade dos serviços. No entanto, importa realçar o valor do apoio familiar para o doente crítico, como sistema de suporte e componente central no processo de recuperação, sendo a família parte integrante dos cuidados de enfermagem.

Ainda em contexto de UCIP foi possível assistir a outra atividade desempenhada por Enfermeiros Especialistas a consulta de *Follow-up*. Como referido, esta tem o objetivo de avaliar o risco de desenvolvimento do Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos (SPICI), caracterizado por um conjunto de sintomas físicos, psicológicos e/ou cognitivos que podem afetar a qualidade de vida dos doentes e familiares. Esta avaliação inicia-se ainda durante o internamento, onde são identificados fatores de risco para o seu desenvolvimento como: dependência prévia, patologias respiratórias e/ou cognitivas, internamentos prolongados, presença de lesão física ou neurológica, patologia psiquiátrica e presença de ansiedade ou ataques de pânico. Perante estes fatores, atua-se no sentido de prevenir ou minimizar possíveis complicações que possam gerar sequelas após o internamento. Para além disso, é feita uma caracterização do suporte familiar

existente, de forma a identificar se há um sistema de apoio ou um fator de risco para o aparecimento de sintomas como ansiedade e depressão.

Três meses após alta hospitalar, o doente é convocado para a consulta de *Follow-up*, realizada por médico e enfermeiro. Nesta consulta é feita a avaliação do impacto do processo de doença no utente e no contexto familiar, através da utilização de questionários e escalas. Conclui-se assim que existe uma aposta no trabalho de prevenção do SPICI e uma intervenção o mais adequada e eficaz possível em caso de aparecimento.

Já no SU, a elevada afluência, o número de tarefas a realizar, a ausência de locais calmos com privacidade, as interrupções e solicitações frequentes e a mobilização constante dos doentes são fatores dificultadores no estabelecimento de uma comunicação eficaz com os doentes e familiares. Assim, torna-se um desafio desenvolver uma relação terapêutica e uma recolha de dados suficiente, neste ambiente fugaz, onde a informação prévia na maioria das vezes é escassa, associada a doentes com alterações cognitivas pelos processos patológicos cuja capacidade de colaborar se encontra reduzida. Portanto, procurou-se estabelecer uma relação terapêutica nos momentos de recolha de dados e realização de intervenções, assim como esclarecer todas as dúvidas relacionadas com o processo de saúde/doença e envolver o doente no seu processo terapêutico.

Uma limitação decorrente das restrições face à COVID-19 é o impedimento da presença de familiares durante a estadia do doente no SU, o que dificulta a recolha de informação, a avaliação holística do doente e o envolvimento da família em todo o processo de cuidar.

Todavia, considerando as diferentes características dos contextos de prática clínica, verifica-se a importância do papel do Enfermeiro Especialista no domínio da comunicação e relação terapêutica. Dessa forma, considera-se a aquisição de competências *gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde, gere o estabelecimento da relação terapêutica, demonstra conhecimentos aprofundados em técnicas e estratégias de comunicação e adapta a comunicação aos intervenientes.*

**e. Promover uma prática de cuidados fundamentada, atendendo à dignidade humana, responsabilidades profissionais, éticas e sociais.**

De acordo com o Código Deontológico dos Enfermeiros, os cuidados de enfermagem devem ser realizados tendo em conta a defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do profissional (Lei n.º156/2015). Assim, no seu exercício profissional o enfermeiro deve adotar uma conduta responsável e ética, respeitando os direitos e interesses do doente, de forma a prestar cuidados sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa, atribuindo à vida igual valor em todas as circunstâncias (Decreto-Lei n.º161/96).

No decorrer da Unidade Curricular, existiram muitos momentos de necessidade de aplicação do processo de tomada de decisão, onde existiu uma preocupação das equipas multidisciplinares em respeitar as crenças e valores dos indivíduos, atendendo à dignidade, privacidade, vontade e autonomia. Assim, procurava-se incluir o doente e família nos processos de cuidados, respeitando as suas opções e incentivando o consentimento esclarecido e informado, reconhecendo crenças religiosas ou outras que afetassem o tratamento.

Quando o alvo dos cuidados é um doente em estado crítico, este desafio torna-se ainda maior, uma vez que considerando a instabilidade aguda, as suas vontades, preferências e necessidades podem não ser tão entendidas, cabendo aos profissionais descodificar estes temas, encontrando as melhores estratégias de comunicação, incluindo a família/pessoas significativas neste processo.

Compreende-se que o Enfermeiro Especialista desempenha um papel importante e promotor destes comportamentos, envolvendo o doente e familiares nos cuidados, respeitando a sua vontade e atribuindo-lhes autonomia sempre que possível. Deste modo, durante o período de estágio procurou-se atuar conforme os princípios da responsabilidade profissional, ética e legal nos contextos de prática clínica.

A prestação de cuidados ao doente crítico, em ambientes de stress e *life-saving*, carece de intervenções complexas, o que poderá estreitar o foco de atenção na atuação imediata em torno da sobrevivência. Contudo, tendo a pessoa como centro da atenção, foi através do compromisso pela valorização humana,

dignidade individual e privacidade que se planearam e implementaram eficazmente cuidados personalizados e seguros.

Da mesma forma, a responsabilidade profissional implica uma procura incessante por conhecimentos atualizados de forma a fundamentar a melhor tomada de decisão possível, adaptando a informação à singularidade de cada situação, analisando questões complexas para as quais é essencial estar preparado. Tanto a UCIP como SU proporcionam o contacto com doentes heterogénicos, o que exige uma diversidade de conhecimentos, por forma a responder às imprevisibilidades características dos contextos, através de competências científicas, técnicas e humanas necessárias ao desempenho das atividades laborais.

Assim, nos contextos de prática, se detetadas ações de falta de humanização dos cuidados, quebra do sigilo profissional através de comentários em ambientes impróprios, exposição exagerada do doente ou formas inapropriadas de comunicação, procurou-se abordar a problemática através da reflexão de forma a melhorar a prestação de cuidados da equipa multidisciplinar e zelar pela integridade física, autodeterminação, privacidade, confidencialidade e qualidade dos cuidados das pessoas mais vulneráveis.

Deste modo, julga-se ter atingido as competências *demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas, avalia o processo e os resultados da tomada de decisão, orienta a tomada de decisão na observância da deontologia profissional, promove o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional na equipa de enfermagem onde está inserido e reflete sobre as práticas profissionais tendo em conta a responsabilidade ética e social.*

#### **f. Desenvolver competências de prevenção e controlo de infeção nos contextos de estágio.**

A prevenção e controlo da transmissão de infeção realiza-se de modo a interromper o ciclo infeccioso, o que contribui para diminuir as taxas de mortalidade e morbidade, tempo de internamento, taxas de ocupação e custos em saúde

(Maziero, Vannuchu, Vituri, Haddad & Tada, 2012). Vários são os fatores que influenciam a ocorrência de infecções como a fonte de infecção, o agente infeccioso, a via de transmissão, a suscetibilidade do hospedeiro e o meio ambiente (Aguiar, Lima & Santos, 2008).

De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em EMC na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na procura pela permanente excelência do exercício profissional, o Enfermeiro Especialista deve maximizar a intervenção de forma a prevenir e controlar a infecção, face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à necessidade de utilização de diversas medidas invasivas (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

A Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma consequência adquirida através dos cuidados e procedimentos prestados, não sendo um problema novo, contudo assume particular relevância na pessoa em situação crítica uma vez que esta é submetida a mais procedimentos e terapêutica que aumenta o risco de infecção (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

A prevenção das IACS é da responsabilidade de todos os profissionais e serviços que prestam cuidados de saúde e todos devem trabalhar em cooperação de forma a reduzir o risco de infecção no doente e nos profissionais (Direção Geral de Saúde, 2017). Deste modo, os cuidados ao doente crítico implicam uma preocupação constante com a prevenção e controlo de infecção, dado a sua suscetibilidade, pela instabilidade hemodinâmica e pela necessidade de rapidez e eficácia na sua abordagem, muitas vezes em ambientes de *life-saving*, onde nem sempre são cumpridas as normas de controlo de infecção recomendadas (Liang, Theodoro, Schuur & Marschall, 2014).

No decorrer da prática em contexto de UCIP, observou-se uma grande preocupação no cumprimento das normas de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos. Para além da disponibilidade de equipamento de proteção individual e de vários pontos de lavagem das mãos, cada unidade é equipada com um carro individual de material mais utilizado para a prestação de cuidados, com o intuito de reduzir as necessidades de deslocação para fora da unidade e evitar a ocorrência de infeções cruzadas. Todas as unidades tem

disponível uma solução de álcool a 70% e Solução Antisséptica de Base Alcoólica (SABA), promovendo os "5 Momentos para Higiene das mãos" (Norma n.º007/2019). Destaca-se também uma preocupação com a gestão de camas consoante a necessidade de internamento nas unidades de isolamento, existindo um cumprimento de toda a equipa das medidas de isolamento, não só na utilização dos equipamentos de proteção adequados mas também na limpeza e desinfeção de espaços e materiais.

De forma a dar resposta aos feixes de intervenção para a prevenção da Pneumonia Associada à Intubação (PAI), verificou-se a implementação das medidas recomendadas pela Norma n.º021/2015 como: revisão diária com a equipa multidisciplinar, da possibilidade de redução de sedação e plano de desmame ventilatório/extubação, elevação permanente da cabeceira do leito num ângulo igual ou superior a 30° exceto em condições que tal posicionamento não seja possível, evitar a posição supina por longos períodos, realização da higiene oral com Digluconato de Cloro-Hexidina a 0,2% pelo menos 3 vezes por dia, verificação regular da pressão do balão do tudo endotraqueal de forma a mantê-lo entre os 20 e 30cmH<sub>2</sub>O e utilização dos mesmos circuitos ventilatórios, exceto filtros antibacterianos, substituindo-os apenas quando visivelmente sujos ou disfuncionantes.

Associado às medidas descritas anteriormente, observou-se que os cuidados de higiene são realizados com Digluconato de Cloro-Hexidina a 4%, o que gerou pesquisa sobre esta prática. Reconhece-se que por diversos fatores, o doente crítico em UCI encontra-se em maior risco de contrair infeções, pelas disfunções fisiológicas, intervenções invasivas e utilização de dispositivos médicos como cateteres venosos centrais, sondas vesicais, sondas gástricas, entubação endotraqueal, cateteres arteriais, entre outros. Vários estudos indicam que a utilização deste produto em detrimento de outro sabão durante os cuidados de higiene no leito, contribui para a diminuição do risco de infeção em ambiente de UCI, tanto por bactérias multirresistentes como por infeções de origem nos dispositivos médicos (Frost et al., 2016; Garrido-Benedicto et al., 2017; Musuuza et al., 2019; Musuuza et al., 2020; Swan et al., 2016).

Com o objetivo de dar resposta à meta "Controlar a taxa de resistência da *Klebsiella Pneumoniae* aos carbapenemos" na admissão da unidade, independentemente da proveniência, todos os doentes são rastreados para sinalizar a presença desta bactéria, repetindo a colheita semanalmente. A *Klebsiella Pneumoniae* é um agente comum nas infeções do trato urinário, respiratório e da corrente sanguínea, com uma rápida disseminação, sendo necessário isolar os doentes portadores com medidas de contacto (Direção Geral de Saúde, 2017). Deste modo, se caso positivo o doente é colocado numa das unidades de isolamento de forma a controlar o ciclo de propagação, assinalado o tipo de isolamento com o intuito de alertar todos os profissionais de saúde e colocado material de proteção individual adequado junto da entrada da unidade.

Durante o período de estágio, surgiu a oportunidade de colaborar na auditoria às Precauções Básicas do Controlo de Infeção, dos profissionais de saúde do serviço. Esta função é desempenhada por Enfermeiros Especialistas, uma vez que lhes compete valências de maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção e resistência a antimicrobianos. Resultante das auditorias são elaborados relatórios para envio para a equipa hospitalar do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos (PPCIRA) e apurada a necessidade de formação e modificações na unidade, de forma a colmatar possíveis falhas nesta temática.

No que concerne ao SU, a prevenção de infeções torna-se um desafio pela configuração, complexidade e dinamismo inerente ao próprio serviço. Apesar do tempo de permanência ser geralmente menor, as características variáveis de patologias presentes, a proximidade de doentes em corredores e salas de observação enquanto aguardam avaliação e tratamento, torna o risco de infeção mais elevado (Quach et al., 2012). O SU, constitui a linha da frente do sistema nacional de saúde e a porta de entrada para o atendimento hospitalar, sendo um local movimentado, sujeito à rápida rotatividade dos doentes e frequente sobrelotação. Para além disso, devido às suas demandas, a prevenção pode ser negligenciada em momentos de risco de vida, o que pode ter consequências substanciais tanto para os doentes como para os profissionais (Liang et al., 2014).

Constata-se que este local se torna um desafio para todos os profissionais de saúde, mas que de uma forma geral se procura manter as medidas de prevenção e controlo de infeção. Tanto nos postos de trabalho como nos carros de material, existe o fácil acesso a luvas não esterilizadas, aventais, soluções de base alcoólica de Cloro-Hexidina a 2% e álcool a 70%. A higienização das mãos é facilitada pela presença de lavatórios em diversos locais, com sinalização da correta lavagem das mãos. A limpeza das superfícies de maior contacto é realizada pelos assistentes operacionais com supervisão da equipa de enfermagem, assim como do material de uso comum. O Enfermeiro Especialista deve garantir que estas medidas são difundidas e incentivadas por toda a equipa multidisciplinar, supervisionando o cumprimento das medidas de higiene e controlo de infeção básicas.

Uma das dificuldades sentidas pelos profissionais na prevenção de infeções cruzadas é a pouca disponibilidade de dispositivos de monitorização e carros de material em maior número, isto implica uma desinfeção entre doentes o que em situações de maior stress e maior afluência facilmente é descorado. Ademais, em necessidades de isolamento, não existem áreas suficientes para o efeito, obstáculo que na maioria das vezes é colmatado com a colocação de cortinas.

Durante o último ano, o SU sofreu modificações estruturais de forma a permitir a criação de dois novos postos: Área Dedicada Covid-19 e área respiratória. Na primeira zona são admitidos doentes confirmados como positivos para COVID-19 ou que se encontrem em isolamento profilático por contacto de alto risco. A segunda área é destinada a doentes que apresentem algum sintoma suspeito de COVID-19, mesmo que a ida ao SU tenha origem em outra sintomatologia. Nestes dois locais, todos os profissionais têm disponível o equipamento de proteção individual adequado para a prestação de cuidados de forma segura e com circuitos de movimentação corretos. Contudo, tendo em conta a imprevisibilidade da doença, como medida de proteção geral, todos os profissionais de saúde têm à disposição máscaras de proteção respiratória autofiltrantes - FFP2, independentemente do posto a que estão alocados. Ainda assim, no secretariado, para admissão ao SU, é fornecida uma máscara cirúrgica

ao doente de forma a minimizar a transmissão direta de agentes infecciosos (Infarmed, 2020).

Por conseguinte, com o objetivo de garantir a segurança do doente e dos profissionais, compreende-se a importância da atuação do Enfermeiro Especialista nesta dimensão, julgando-se assim ter existido a aquisição das competências *demonstra conhecimento do Plano Nacional de Controlo de Infeção e de Resistência a Antimicrobianos tal como das diretivas das Comissões de Controlo da Infeção, salvaguarda o cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos, monitoriza, regista e avalia medidas de prevenção e controlo implementadas e facilita a adesão da pessoa, família e cuidador na prevenção, intervenção e controlo da infeção.*

**g. Promover uma prática baseada na evidência, contribuindo para a investigação e formação da equipa.**

Cada vez mais é imperativo que a prática clínica se baseie na evidência e sendo os enfermeiros produtores e consumidores de conhecimento proveniente da investigação científica, tem um papel preponderante na evolução da mesma como profissão e ciência. Segundo Galvão, Sawada & Trevizan (2004) a prática baseada na evidência é fundamentada no conhecimento e qualidade da evidência, envolvendo a definição do problema, identificação das informações necessárias, pesquisa e avaliação da literatura, aplicabilidade dos dados nos contextos e decisão se útil para o doente.

Deste modo, espera-se que o Enfermeiro Especialista alicerce os seus processos de tomada de decisão em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação (Regulamento n.º 140/2019).

Assim, observou-se principalmente no contexto de UCIP que existe uma grande preocupação com a formação em serviço mas também a nível hospitalar, atuando o Enfermeiro Especialista como formador e transmissor de informação baseada

na evidência, organizando e dinamizando sessões de formação para equipas multidisciplinares.

Ao longo do contacto com os contextos clínicos foi possível identificar necessidades, lacunas e oportunidades relevantes de investigação, que contribuíssem para o meu conhecimento pessoal e para o desenvolvimento dos cuidados da equipa.

Durante o período de estágio em UCI e percebendo que um importante componente na gestão da via aérea do doente em situação crítica é o período de extubação, surge o interesse pessoal de perceber de que forma este momento poderia ser otimizado.

A intubação endotraqueal (IET) é um procedimento *life-saving* que tem como objetivo assegurar a permeabilidade da via aérea, aspirar secreções, proteger contra a aspiração de conteúdo gástrico, administrar fármacos e permitir a realização de ventilação artificial (Hagber & Artime, 2012; Lapinsky, 2015). O período de extubação deverá ocorrer o mais precocemente possível, contudo mesmo após extensa avaliação, Lai et al., (2016) refere que entre 10 a 19% dos doentes necessitam de reintubação aumentando assim 26 a 50% a taxa de mortalidade em UCI. Deste modo é necessário elaborar e implementar um plano para prevenir as complicações que podem advir desta prática (Hagberg & Artime, 2012).

A Cânula Nasal de Alto Fluxo (CNAF) é um método não invasivo, que permite a administração de elevados fluxos de oxigénio, diminuição da resistência da via aérea e a existência de espaço morto anatómico, permitindo uma ventilação mais eficaz com maior recrutamento alveolar (Pires, Marques, & Masip, 2018). De acordo com Woodhead, Lambert, Clark, & Christensen, (2006) a CNAF poderá ser uma estratégia para diminuir a necessidade de reintubação após a extubação e ventilação mecânica invasiva.

Assim, com o objetivo de descrever a evidência científica produzida sobre a utilização da CNAF na recuperação do doente crítico pós intubação endotraqueal, realizou-se uma revisão da literatura e verificou-se que quando comparada com a oxigenoterapia convencional, a CNAF torna-se uma estratégia mais eficaz para o

sucesso da transição para a ventilação espontânea. Já quando equiparada a ventilação não invasiva, mostrou-se uma medida equivalente, contudo melhor tolerada e com menor incidência de complicações. Conclui-se então que a CNAF aumenta os ganhos em saúde do doente crítico no período de extubação endotraqueal. Este trabalho deu origem à participação no VII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos com um poster intitulado "Benefícios da Cânula Nasal de Alto Fluxo, no Doente Crítico, Durante o Período de Extubação Endotraqueal nas Unidades de Cuidados Intensivos " (APENDICE I e ANEXO I).

Durante a Unidade Curricular, vários foram os turnos realizados em contexto de Sala de Emergência, onde se recebeu, proveniente do ambiente extra hospitalar, doentes em PCR e se colaborou nos algoritmos de SAV. Relacionado com esta temática, e dando continuidade ao trabalho desenvolvido na Unidade Curricular "A Pessoa em Situação Crítica em Família - Vigilância e Decisão Clínica", referente ao 2º semestre do primeiro ano, surge o objetivo de perceber os ganhos em saúde para o doente crítico da utilização de capnografia durante a reanimação cardiopulmonar com início em contexto extra hospitalar. A pesquisa bibliográfica evidência que a utilização deste parâmetro é essencial durante a reanimação, uma vez que possibilita um *feedback* em tempo real da atuação da equipa e permite perceber a previsão da probabilidade de sobrevivência no início e durante a reanimação (Chen et al. 2015; Murphy et al. 2016; Pantazopoulos et al. 2015; Ozturk et al. 2014).

Desta forma, realizou-se um poster científico para participação no VII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos, com o título "Benefícios Da Utilização De Capnografia No Doente Sujeito A Reanimação Cardiopulmonar Em Contexto Extra Hospitalar: Revisão Integrativa" (APENDICE II e ANEXO II).

Seguindo o Código Deontológico, os enfermeiros têm o dever de assegurar a continuidade dos cuidados, de forma a promover um atendimento eficaz e em tempo útil, contribuindo para a segurança do doente (Lei n.º156/2015). Assim, durante toda a Unidade Curricular e de forma a realizar o mesmo objetivo, foi elaborada uma revisão integrativa da literatura e uma sessão de formação com o tema: "Transmissão de Informação no Serviço de Urgência". Procurou-se assim refletir sobre a prática clínica e relacionar com a evidência científica mais atual,

respondendo a uma necessidade identificada nos contextos, de forma a trazer benefícios para o processo de aprendizagem e aquisição de competências, assim como contribuir para a formação e sensibilização das equipas nesta temática. A realização deste trabalho será aprofundada em capítulo próprio.

Por fim, ao longo da prática clínica, foram feitas várias pesquisas bibliográficas com o intuito de responder a inquietações e dúvidas, relembrar conteúdos e basear a prestação de cuidados na evidência científica mais adequada. Todos estes elementos contribuíram continuamente para o desenvolvimento de uma prestação de cuidados especializada e atualizada.

*Assim, considera-se terem sido adquiridas as competências de desenvolve o autoconhecimento e assertividade, baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica, atua como formador oportuno em contexto de trabalho, diagnostica necessidades formativas, favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros, investiga e colabora em estudos de investigação, discute as implicações para a prática, identifica lacunas de conhecimentos e oportunidades relevantes e investigação, mobiliza diferentes fontes de conhecimento para a melhor prática clínica, promove formação na área de especialidade e demonstra consciência crítica para os problemas da prática profissional, relacionados com o doente e família.*



### 3. A TRANSMISSÃO DE INFORMAÇÃO E A SEGURANÇA DO DOENTE CRÍTICO

A segurança é o primeiro passo na melhoria da qualidade dos cuidados, sendo um dos grandes desafios das instituições de saúde (Santos, Grilo, Andrade, Guimarães & Gomes, 2010). Com a evolução tecnológica ao longo dos anos, a disponibilidade de informação, o número de profissionais envolvidos nos cuidados e os serviços disponíveis, a transmissão de informação passou a enveredar uma maior complexidade e importância para assegurar a segurança do doente (Australian Medical Association, 2006).

Assim, um dos momentos críticos de articulação e comunicação entre os profissionais de saúde é a transmissão de informação (Santos et al., 2010). Este momento pode ser caracterizado pela transferência de responsabilidade profissional dos cuidados sobre um ou mais doentes e tem como objetivo transferir informações relevantes de forma a garantir a continuidade dos cuidados (Australian Medical Association, 2006; Sarvestani, Moattari, Nasrabadi, Momennasab & Yektatalab, 2015)

A nível internacional a principal causa de erros na saúde são as falhas na comunicação, sendo que a evidência indica que até 70% dos eventos adversos ocorrem por falhas na comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados (Norma n.º001/2017). Estas falhas estão muitas vezes relacionadas com a omissão ou erro nas informações, falta de precisão e falta de priorização das atividades (Norma n.º001/2017). Logo, a comunicação eficaz na transição adequada dos cuidados assume um papel importante na melhoria da segurança do doente.

O doente crítico é o tipo de doente que mais frequentemente é submetido a transferências e por consequência mais transmissões de informação entre

profissionais, quer do meio extra hospitalar como no inter e intra-hospitalar (Santos & Ferrão, 2015). Da mesma forma, é geralmente o doente mais complexo cujos fatores de risco para a ocorrência de complicações se encontram aumentados (Santos & Ferrão, 2015).

Deste modo, e tendo em conta que o doente crítico passa diversas vezes pelo processo de transferência ao longo de todo o seu processo de cuidados, é primordial que exista uma simbiose na comunicação entre as várias equipas multidisciplinares, com o intuito de prevenir riscos associados e uma melhor compreensão de cada caso do doente crítico (Santos & Ferrão, 2015).

Na procura de uma comunicação eficaz na transição de cuidados do doente crítico, vários estudos foram realizados sobre esta temática. De entre os mesmos, verifica-se que a transmissão de informação estruturada, utilizando uma metodologia padronizada, aumenta a qualidade da transição de cuidados facilitando a recuperação do doente (Figueiredo, Potra & Lucas, 2020; Talley et al., 2019, Yang & Zhang, 2016). Da mesma forma, Graan, Botti, Wood and Redley (2015) referem que a padronização da transmissão de informação clínica, traz benefícios na redução dos riscos relacionados com a segurança do doente, melhorando a transição de cuidados entre os profissionais de saúde.

Assim, em Portugal, a segurança na comunicação em saúde integra o Plano Nacional para a Segurança do Doente, concebido para apoiar a definição de objetivos e metas de gestão de riscos associados aos cuidados de saúde (Despacho n.º 1400-A/2015). Este, descreve a comunicação como um aspeto fundamental para a segurança do doente, incentivando as instituições a "implementar procedimentos normalizados para assegurar uma comunicação precisa e atempada de informações entre os profissionais de saúde, evitando lacunas na comunicação" (Despacho n.º 1400-A/2015).

Por fim, tendo em conta a pertinência da temática que se integra no âmbito dos cuidados especializados à pessoa em situação crítica e se encontra interligada com os dois campos de estágio, decidiu-se abordar o tema de forma mais aprofundada com a realização de uma revisão integrativa da literatura com o

título: "A Relação Entre Uma Transmissão De Informação Estruturada E A Segurança Do Doente Crítico: Revisão Integrativa" (APÊNDICE III).

A realização de uma revisão integrativa visa analisar um conjunto de artigos da temática, cujos resultados possam gerar intervenções práticas (Vilelas, 2017). Este trabalho pretendia desta forma responder à questão de investigação "Qual a influência do uso de uma metodologia de transmissão de informação na segurança do doente crítico?". Assim, tinha-se como objetivo descrever a evidência científica produzida sobre a relação entre o uso de uma metodologia padronizada para a transmissão de informação e a segurança do doente crítico, numa perspetiva de contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Decorrente da pesquisa bibliográfica realizada, constatou-se que a utilização de uma metodologia de transmissão de informação tem uma relação positiva com a segurança do doente crítico, inculindo benefícios na redução dos riscos de segurança e melhorando o processo de transição de cuidados.

Deste modo, como forma de partilha de informação e tendo como objetivo trazer algum contributo para o contexto de estágio de Serviço de Urgência, foi realizada uma apresentação com os resultados obtidos com o intuito de sensibilizar a equipa para a temática, alertando para a importância de uma correta transmissão de informação e com algumas propostas de melhoria e intervenção.

Neste contexto, facilmente se compreende que o elevado número de tarefas a realizar e as constantes exigências de transmissão de informação, contribuem como fatores de risco para a ocorrência de falhas na comunicação. Aqui, observou-se nos diversos setores que as transições de cuidados não seguem uma metodologia padronizada, apesar de existir uma boa capacidade de comunicação dentro da equipa de enfermagem. Assim, a sessão de formação realizada pretendeu contribuir para a melhoria da segurança e dos cuidados, incentivando a uniformização refletida da prática baseada na evidência.

Tendo em conta as restrições de aglomerados face à pandemia COVID-19 e ao elevado número de elementos da equipa do Serviço de Urgências, foi disponibilizada a apresentação em formato digital para que pudesse ser difundida

por via e-mail, assim como um pequeno suporte teórico (APENDICE IV). Em apêndice encontram-se o plano de sessão de formação (APENDICE V), a apresentação PowerPoint (APENDICE VI) a utilizar para o momento de formação e um questionário de avaliação da sessão (APENDICE VII).

Posteriormente foi possível reconhecer na equipa, durante os momentos de transmissão de informação, um esforço na utilização das sugestões abordadas na sessão de formação. Para além disso, existiu a oportunidade de questionar alguns elementos de forma isolada após as passagens de turno, com o intuito de obter *feedback* do tema em análise e se estes percecionavam alterações na forma de comunicação, tal como recomendado. Deste modo, percebeu-se que a apresentação realizada teve um impacto positivo na equipa de enfermagem, suscitando reflexão entre os elementos e modificações de comportamentos, contribuindo assim para a segurança do doente e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

#### 4. APRECIÇÃO GLOBAL DO PERCURSO REALIZADO E IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA PROFISSIONAL

Ao longo do meu percurso de desenvolvimento e formação profissional, realizei diversas formações na área da pessoa em situação crítica. Todavia, desenvolver-me como profissional trata-se disso e muito mais, de saber, de saber fazer, de desempenhar intervenções interdependentes e independentes de forma assertiva, correta e fluida, assim como avaliar os resultados dessas intervenções e de as adaptar ao contexto, de forma global e ponderada.

O processo de desenvolvimento de competências enquanto Enfermeira Especialista foi resultante do contacto com as experiências vivenciadas em contexto de UCIP e SU, que me proporcionaram diversas oportunidades de aprendizagem e reflexão, tanto pelas suas especificidades como pela abrangência da abordagem ao doente crítico. Não obstante, o caminho percorrido foi alicerçado por profissionais de excelência, que com a sua orientação me guiaram no cumprimento dos objetivos e metas traçadas.

A definição prévia dos objetivos tendo por base as competências específicas e comuns esperadas para o Enfermeiro Especialista, permitiu direcionar o processo de aprendizagem. Além disso, foram traçadas metas objetivas de forma a potenciar as oportunidades de aprendizagem, que no entanto não foram completadas na sua totalidade, uma vez que estavam dependentes dos casos abordados, o que não afetou todavia a execução dos objetivos e aquisição de competências.

Quando se iniciou este percurso desempenhava funções como enfermeira generalista num Serviço de Medicina Interna. Entretanto, fui mobilizada de serviço várias vezes, integrando até uma equipa para criação de uma nova unidade de cuidados intermédios e intensivos para doentes COVID-19. A realização deste

trajeto permitiu-me adquirir competências essenciais e preparar-me para dar o meu melhor contributo nestes locais. Assim, este percurso formativo teve um grande impacto na minha atividade profissional e com isso constituiu um fator de desenvolvimento pessoal, humano e profissional. Durante este processo, desenvolvi uma visão crítico reflexiva, fundamentada na evidência científica mais atual, permitindo um olhar crítico sobre o doente e a sua condição de saúde, integrar de forma pertinente a equipa multidisciplinar e desempenhar intervenções fundamentadas e de qualidade.

Face ao trabalho desenvolvido, atualmente integro uma Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, com uma sensação de maior capacitação para o exercício profissional, obtidos pela abordagem ao doente crítico desde o ambiente extra hospitalar, até ao Serviço de Urgência e internamento em Unidade de Cuidados Intensivos. A intervenção nestes três contextos permitiu o contacto com diferentes técnicas, materiais, protocolos e métodos de organização de cuidados, contribuindo para o desenvolvimento do meu método de atuação mais fundamentado, completo, abrangente e experiente.

Compreende-se assim que a realização deste percurso, teve implicações na minha prática profissional assim como naquela dos que comigo se cruzaram, pela reciprocidade de partilha e reflexão sobre as experiências vivenciadas. Considera-se que este processo de desenvolvimento como Enfermeira Especialista, detentora de competências reconhecidas para o exercício de uma prática especializada, se trata de um trajeto contínuo de evolução pessoal e profissional, cuja realização deste curso contribuiu para o cumprimento de mais uma etapa. Assim, ao terminar esta fase, sinto-me mais habilitada para interpretar e resolver situações-problema, profissionalmente mais segura, com uma tomada de decisão mais fundamentada e adequada, consciente da complexidade da atuação perante o doente crítico e o impacto dos cuidados prestados.

Todavia, não seria possível não referir que este caminho se tornou mais longo e tortuoso tendo em conta que todos os momentos de estágio decorreram perante os constrangimentos inerentes à pandemia COVID-19, o que criou desafios em termos profissionais e pessoais e levou a exigências de recriação na forma como prestamos cuidados. Exigiu competências de gestão e intervenção rápida, criação

de circuitos de isolamento, gestão do stress e ansiedade da equipa, sem nos esquecermos de nós. Criou cenários que nunca pensamos viver, lidamos de perto com a incerteza, o isolamento e a morte, mas também valorizamos mais a alegria nos pequenos momentos. Compreendi que sou capaz de ser sempre um bocadinho mais, para mim e para os outros. Compreendi que muitas mensagens se passam apenas com olhos, compreendi a necessidade da proximidade humana, compreendi a importância de uma frente unida e compreendi que é imprescindível não lutarmos sozinhos.

Assim, como futura Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, entendo que hoje, possuo um corpo de conhecimento mais profundo relativamente à abordagem ao doente crítico e família, sentindo-me capaz de responder de forma eficaz e segura às necessidades que apresente, com uma atuação humana, ética e profissional, a par de competências técnico-científicas prementes indispensáveis.



## 5. CONCLUSÃO

A Enfermagem defende uma visão holística da pessoa ao longo de todo o seu ciclo vital, o que implica competências específicas de cuidar em cada etapa da vida. Deste modo, a abordagem ao doente crítico requer uma resposta rápida, eficaz e estruturada, sendo essencial um domínio de competências específicas que visem a prestação de cuidados especializados da pessoa e família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

Se num primeiro impacto a abordagem ao doente crítico nos lança desafios constantes e a parafernália de máquinas e monitores se apresenta um pouco intimidante, à medida que o contacto vai sendo feito, muitas incertezas e inseguranças são desmistificadas permitindo perceber de que forma os cuidados são significativos e respondem às necessidades de quem, no momento, pode não ser capaz de expressar o que precisa.

A elaboração do presente relatório final de estágio, permitiu a descrição, análise e reflexão do processo de aprendizagem realizado, com o intuito de adquirir competências enquanto Enfermeira Especialista em enfermagem Médico Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica. Considera-se que a realização inicial de um projeto de estágio forneceu um fio condutor para o percurso de prática clínica, através da pesquisa sobre os locais de estágio e definição de objetivos e metas a atingir.

Os contextos de estágio constituíram momentos de aprendizagem que, aliando a teoria à prática, permitiram o desenvolvimento e aquisição de competências fundamentais para a abordagem ao doente crítico. A aprendizagem experiencial em ambientes de alto risco requer ainda o desenvolvimento de um sentido de estrutura moral e de responsabilidade (Benner, 2001).

Ao longo deste percurso, tenho vindo a refletir sobre o papel do Enfermeiro Especialista nas realidades com as quais me deparo. O Enfermeiro Especialista

deve diferenciar-se pelas suas intervenções, afirmando-se na equipa como uma mais valia. Para além das competências técnicas para a prestação de cuidados, este deve basear a sua atuação na melhor evidência, assumindo um papel de destaque na coordenação da equipa e gestão dos cuidados. Assim, o Enfermeiro Especialista deverá desenvolver um conhecimento aprofundado, um juízo clínico e tomada de decisão eficiente face aos processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, pautado por uma prática profissional, ética e legal de excelência que conduza à melhoria da qualidade dos cuidados, contribuindo para os ganhos em saúde e satisfação dos utentes. A responsabilidade de assegurar os cuidados ao doente crítico, permitiu-me adquirir capacidades na gestão autónoma, responsável e eficiente de cuidados, do ponto de vista técnico-científico, uma vez que mais do que realizar a prática é indispensável pensar sobre ela.

Assim sendo, o contexto de estágio em ambiente de UCIP permitiu-me desenvolver competências específicas na antecipação de instabilidades e risco de falência orgânica, na prevenção e identificação precoce de complicações visando a estabilidade hemodinâmica, assim como excelência na prestação técnica de procedimentos e desenvolvimento de uma reflexão e visão crítica, alicerçado a capacidades de tomada de decisão. O estágio de SU, possibilitou a mobilização de conhecimentos na abordagem especializada, na intervenção eficaz e em tempo útil, na gestão eficiente de recursos e no desenvolvimento de julgamento clínico baseado na evidência científica. A prática clínica constitui uma mais valia na consolidação do conhecimento, possibilitando ainda a aquisição de competências de gestão de cuidados, desenvolvimento de investigação científica, promoção da formação em equipa, responsabilidade profissional, ética e legal assim como na contribuição da melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Procurando a excelência do exercício profissional, percebe-se que o saber profissional em enfermagem não se resume apenas à execução de um conjunto de atividades e procedimentos, mas sim, à capacidade de adaptar a conduta em situações complexas, fazendo apelo às suas competências, conhecimentos e habilidades inerentes ao perfil do título profissional que lhe foi atribuído. Integrado no papel de especialista, o enfermeiro destaca-se não só na prestação direta de

cuidados, mas também na gestão e dinâmica do serviço, na articulação da equipa multidisciplinar e no desenvolvimento da investigação e formação profissional.

A constante reflexão sobre a prática permitiu o desenvolvimento profissional, num paradigma constante de evolução e melhoria ao nível da qualidade dos cuidados prestados. Pretendeu-se também contribuir de forma positiva para os locais de estágios, através da atualização de conhecimentos, mudança de práticas menos adequadas e sugestões de melhoria de funcionamento, colaborando para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Ainda assim, a realização deste relatório pretende espelhar o processo de aprendizagem, numa perspetiva de crescimento pessoal e profissional, ultrapassando cada desafio na construção de um caminho sólido e sustentado. Para além disso, esta reflexão possibilitou uma maior consciencialização dos pontos fortes, dificuldades e limitações, promovendo a autoanálise e aspetos passíveis de melhoria. Assim, considero-me na direção certa para a perícia na área de prestação de cuidados ao doente crítico e família.

Um dos grandes desafios sentidos ao longo deste ano foi ser capaz de conjugar a vida profissional, vida familiar e académica, num ano de exceção em que todos sentimos a incerteza, o receio e ansiedade. O facto de ter sido sujeita a mobilizações de serviço várias vezes, de forma a colaborar com a gestão hospitalar no combate à pandemia COVID-19, exigiu uma adaptação constante às novas realidades e ao mesmo tempo exigências dos locais de estágio. Sem dúvida que o caminho foi duro, contudo realizado com sucesso.

A grande exigência e responsabilidade na prática clínica de abordagem ao doente crítico e família, assim como a elaboração dos trabalhos curriculares e do presente documento, implicou um grande investimento e gestão de tempo por vezes difícil de concretizar. No entanto, considera-se que foi possível realizar todas as atividades propostas, contribuindo para isso a assistência dada pela Professora da Universidade e enfermeiros tutores, que se tornaram facilitadores de todo este processo.

Apesar de algumas adversidades ou dificuldades que possam ter surgido, numa análise retrospectiva termino esta etapa com a sensação de dever cumprido. Para

isso muito contribuiu a perseverança, motivação intrínseca e autodidatismo, assim como a interação com profissionais que se tornaram para mim uma referência, cuja disponibilidade, experiência e cooperação permitiram que este percurso formativo fosse o mais enriquecedor e significativo possível.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE. (2015). *Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde [Consultado em 13 de fevereiro 2021]. Disponível em: [http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes Tecnicas Urgencias 11 2015.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes_Tecnicas_Urgencias_11_2015.pdf)

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE. (2019). *Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde [Consultado em 15 de fevereiro 2021]. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/Recomendacoes-Tecnicas-para-a-Sala-de-Emergencia.pdf>

AGUIAR, D.F.; LIMA, A.B.G., & SANTOS, R.B. (2008). Uso das Precauções- Padrão na Assistência de Enfermagem: Um Estudo Retrospectivo. *Revista de Enfermagem Escola Anna Nery*, 12(3), 571-575 [Consultado em 17 de março 2021]. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452008000300027](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000300027)

AHLERS, S.J.G.M., VEEN, A.M., DIJK, M., TIBBOEL, D. & KNIBBE, C.A.J. (2010). The Use Of Behavioral Pain Scale To Assess Pain In Conscious Sedated Patients. *Critical Care and Trauma*, 110(1), 127-133, doi: 10.1213/ANE.0b013e3181c3119e [Consultado em 16 de março 2021 ]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19897804/>

ALVES, J.A.C., RIBEIRO, C. & CAMPOS, S. (2010). Liderança E Enfermagem: Estudo Realizado Com Enfermeiros Chefes E Especialistas. *Gestão e Desenvolvimento*, (17-18), 51-71 [Consultado em 10 de março 2021]. Disponível em: <https://revistas.ucp.pt/index.php/gestaoedesenvolvimento/article/view/129>

ARROYO-NOVOA, C.M., FIGUEROA-RAMOS, M.I. & PUNTILLO, K.A. (2019). Occurrence and Practices for Pain, Agitation, and Delirium in Intensive Care Unit Patients. *Puerto Rico Health Sciences Journal*, 38(3), 156-162 [Consultado em 9 de março 2021]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6906604/>

AUSTRALIAN MEDICAL ASSOCIATION. (2006). *Safe Handover: Safe Patients Guidance on Clinical Handover for Clinicians and Managers*, 1-47 [Consultado em 20 de março 2021]. Disponível em: [https://ama.com.au/sites/default/files/documents/Clinical\\_Handover\\_0.pdf](https://ama.com.au/sites/default/files/documents/Clinical_Handover_0.pdf)

BARON R., BINDER, A., BINIEK, R., BRAUNE, S., BUERKLE, H., DALL, P.,... WEISSHAAR, G. (2015). Evidence and Consensus based Guideline for the Management of Delirium, Analgesia, and Sedation in Intensive Care Medicine. Revision 2015 (DAS-Guideline 2015) - Short Version. *Journal of Intensive Care Medicine*, 13, 1-42, ISSN: 1612-3174 [Consultado em 14 de março 2021]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26609286/>

BARR, J., FRASER, G.L., PUNTILLO, K., ELY, E.W., GÉLINAS, C., DASTA, J.F.,... JAESCHKE, R. (2013). Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit . *Journal of Critical Care Medicine*, 41(1), 263-306, doi: 10.1097/CCM.0b013e3182783b72 [Consultado em 12 de março 2021]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23269131/>

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

BENNER, P., SUTPHEN, M., LEONARD-KAHN, V. & DAY, L. (2008). Formation And Everyday Ethical Comportment. *American Journal of Critical Care*, 17(5), 473-476 [Consultado em 8 de março 2021]. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/23241975\\_Formation\\_and\\_Everyday\\_Ethical\\_Comportment](https://www.researchgate.net/publication/23241975_Formation_and_Everyday_Ethical_Comportment)

CAMELO, S.H.H. (2012). Competência Profissional Do Enfermeiro Para Atuar Em Unidades De Terapia Intensiva: uma Revisão Integrativa. *Revista Latino Americana Enfermagem*, 20(1), 1-9 [Consultado em 10 de março 2021].

Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000100025&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000100025&script=sci_abstract&tlng=pt)

CERQUEIRA, G.L.C. (2015). Delirium e Delírio. *O Portal dos Psicólogos*, 1-5, ISSN: 1646-6977 [Consultado em 13 de março 2021]. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0931.pdf>

CHEN, J.J., LEE, Y.L., HOU, S.W., HUANG, M.Y., HSU, C.Y. & SU, Y.C. (2015). End-Tidal Carbon Dioxide Monitoring May Be Associated with a Higher Possibility of Return of Spontaneous Circulation During Out-Of-Hospital Cardiac Arrest: A Population-Based Study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 23(104), 1-8, doi:10.1186/s13049-015-0187-y [Consultado em 31 de março 2021]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4657353/>

CIRCULAR NORMATIVA n.º 15/DQS/DQCO de 22 de Junho de 2010. Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI). Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde [Consultado em 23 de março de 2021]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-15dqsdcqco-de-22062010-pdf.aspx>

CIRCULAR NORMATIVA n.º09/DGCG de 14 de Junho de 2003. A Dor Como 5º Sinal Vital. Registo Sistemático da Intensidade da Dor. Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde [Consultado a 31 de março 2021]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>

COIMBRA, N. & AMARAL, T. (2016). Acompanhamento Do Enfermeiro No Transporte Primário Do Doente Crítico. *Nursing Magazine Digital*, 1-3 [Consultado a 28 de fevereiro 2021]. Disponível em: <http://www.nursing.pt/wp-content/uploads/kalins-pdf/singles/acompanhamento-de-enfermeiro-no-transporte-primario-do-doente-critico.pdf>

COLLEY, S. (2003). Nursing Theory: Its Importance To Practice. *Art & Science*, 17(46), 33-37 [Consultado a 14 de março 2021]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12961951/>

COSTA, A. & GASPAR, P.J.S. (2017). Perfil de Competências do Enfermeiro no Serviço de Urgência. *Research Gate*, 49-67 [Consultado em 19 de março de 2021]. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/320077227 PERFIL DE COMPETENCIAS DO ENFERMEIRO NO SERVICIO DE URGENCIA](https://www.researchgate.net/publication/320077227_PERFIL_DE_COMPETENCIAS_DO_ENFERMEIRO_NO_SERVICO_DE_URGENCIA)

DECRETO-LEI n.º 161/96 de 4 de setembro. *Diário da República*: 1ª série, n.º 205, 2959-2962 [Consultado em 26 de março 2021]. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/241640/details/maximized>

DECRETO-LEI n.º71/2019 de 27 de Maio. *Diário da República*: 1ª série, n.º101, 2626-2642 [Consultado em 24 de março 2021]. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/122403266/details/maximized>

DESPACHO n.º 10319/2014 de 11 de Agosto. *Diário da República*: 2.ª série, n.º 153, 20673-20678 [Consultado em 31 de março 2021]. Disponível em: [https://dre.pt/pesquisa/-/search/55606457/details/normal?p\\_p\\_auth=fhLc2GFn](https://dre.pt/pesquisa/-/search/55606457/details/normal?p_p_auth=fhLc2GFn)

DESPACHO n.º 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro. *Diário da República*: 2.ª série, n.º28, 3882(2)-3882(10) [Consultado em 31 de março 2021]. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/66463212/details/normal?l=1>

DEVLIN, J.W., SKROBIK, Y.; GÉLINAS, C., NEEDHAM, D.M., SLOOTER, A.J.C., PANDHARIPANDE, P.P.,... ALHAZZANI, W. (2018). Clinical Practice Guidelines for Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Journal of Critical Care Medicine*, 46(9), e825-e873, doi: 10.1097/CCM.0000000000003299 [Consultado em 18 de março 2021]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30113379/>

DIAS, M.D. (2011). Enfermeiro Coordenador na Unidade de Cuidados na Comunidade Desafios, Dificuldades e Competências (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal [Consultado em 31 de março 2021]. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/15909>

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. (2001). *Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde [Consultado em 20 de março 2021]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/planeamento-de->

[saude/hospitais/redes-referenciacao-hospitalar/rede-de-referenciacao-hospitalar-de-urgenciaemergencia-pdf.aspx](https://www.sns.gov.pt/pt/saude/hospitais/redes-referenciacao-hospitalar/rede-de-referenciacao-hospitalar-de-urgenciaemergencia-pdf.aspx)

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. (2017). *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde. ISSN: 2184-1179 [Consultado em 25 de março 2021]. Disponível em: [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS\\_PCIRA\\_V8.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf)

EUROPEAN MEDICINES AGENCY. (2018). *Dexdor (dexmedetomidina)*. Londres, Inglaterra [Consultado a 17 de março 2021]. Disponível em: [https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/dexdor-epar-medicine-overview\\_pt.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/dexdor-epar-medicine-overview_pt.pdf)

FIGUEIREDO, A.R.E, POTRA, T.M.F.S. & LUCAS, P.R.M.B. (2020). Transição de Cuidados de Enfermagem: ISBAR na Promoção da Segurança dos Doentes – Revisão Scoping. *Ámbitos Revista Internacional de Comunicación*, 49, 32-48. ISSN: 1139-1979 [Consultado em 22 de março 2021]. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/342955053> Transicao de cuidados de enfermagem ISBAR na promocao da seguranca dos doentes - revisao scoping

FROST, S.A., ALOGSO, M.C., METCALFE, L., LYNCH, J.M., HUNT, L., SANGHAVI, R.,... HILLMAN, K.M. (2016). Chlorhexidine Bathing and Health Care-Associated Infections Among Adult Intensive Care Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Critical Care*, 20(379), 1-6, doi: 10.1186/s13054-016-1553-5 [Consultado a 28 de março 2021]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27876075/>

GALVÃO, C.M., SAWADA, N.O. & TREVIZAN, M.A. (2004). Revisão Sistemática: Recurso Que Proporciona a Incorporação das Evidências na Prática de Enfermagem. *Revista Latino Americana Enfermagem*, 12(3), 549-556 [Consultado em 27 de março 2021]. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692004000300014&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692004000300014&script=sci_abstract&tlng=pt)

GARRIDO-BENEDICTO, P., CUETO.QUINTANA, P., FARRÉ-TERMENS, E., MARINÉ-CABRÉ, M., RIBA-REIG, J. & MOLINA-CHUECA, R. (2016). Effect of

Daily Cleaning with Chlorhexidine on The Incidence of Contamination of Blood Cultures in the Critical Patient. *Enfermería Intensiva*, 28(3), 97-104 [Consultado em 26 de março 2021]. Disponível em: <https://www.elsevier.es/en-revista-enfermeria-intensiva-english-edition--430-articulo-effect-daily-cleaning-with-chlorhexidine-S2529984017300034>

GOMES, B. (2020). *Comunicar com o Doente Ventilado em Cuidados Intensivos* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Évora, Portugal [Consultado em 3 de abril 2021]. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/33195>

GRAAN, S.M., BOTTI, M., WOOD, B. & REDLEY, B. (2015). Nursing Handover from ICU to Cardiac Ward: Standardised Tools to Reduce Safety Risks. *Australian Critical Care*, 1-7 [Consultado em 9 de março 2021]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26515413/>

HAGBERG, C. & ARTIME, C. (2012). Airway Management in the Adult. In C. Hagberg (Ed), *Benumof and Hagberg's Airway Management* (8ª ed, capítulo 55, 1647-1683).

HERVÉ, M.E.W., ZUCATTI, P.B. & LIMA, M.A.D.S. (2020). Transição do Cuidado na Alta da Unidade de Terapia Intensiva: Revisão de Escopo. *Revista Latino Americana Enfermagem*, 28(e3325), 1-14 [Consultado em 10 de março 2021]. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692020000100607&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692020000100607&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)

INFARMED. (2020). *Máscaras Destinadas à Utilização no Âmbito da COVID-19 Especificações Técnicas* [Consultado em 17 de março 2021]. Disponível em: <https://www.infarmed.pt/documents/15786/3584301/M%C3%A1scaras+destinadas+%C3%A0+utiliza%C3%A7%C3%A3o+no+%C3%A2mbito+da+COVID-19/a7b79801-f025-7062-8842-ca398f605d04>

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA. (2017). *Plano Estratégico 2017-2019: Aplicação da Metodologia Balanced Scorecard*. Lisboa, Portugal [Consultado em 30 de março 2021]. Disponível em: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/07/Plano-Estrat%C3%A9gico-2017-2019-INEM-.pdf>

JAVAUDIN, F., HER, S., LE BASTARD, Q., CARVALLHO, H., LE CONTE, F., BAERT, V.,... LECLÈRE, B. (2019). Maximum Value of End-Tidal Carbon Dioxide Concentration During Resuscitation as an Indicator of Return Of Spontaneous Circulation in Out-Of-Hospital Cardiac Arrest. *Phehospital Emergency Care*, 24(4), 478-484, doi: 10.1080/10903127.2019.1680782 [Consultado em 28 de março 2021]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31613696/>

KREPS, G.L. (2015). Health Communication Inquiry and Health Promotion: A State of The Art Review. *Journal of Nature and Science*, 1(2), 1-12, ISSN: 2377-2700 [Consultado em 24 de março 2021]. Disponível em: <http://www.jnsoci.org/files/html/e35.htm>

LAERKNER, E., EGEROD, I., OLESEN, F. & HANSEN, H.P. (2017). A Sense of Agency: An Ethnographic Exploration of Being Awake During Mechanical Ventilation in The Intensive Care Unit. *Internacional Journal of Nursing Studies*, 75, 1-9 [Consultado em 24 de março 2021]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28704639/>

LAI, C.C., CHEN, C.M., CHIANG, S.R., LIU, W.L. WENG, S.F., SUNG, M.I.,... CHENG, K.C. (2016). Establishing Predictors for Successfully Planned Endotracheal Extubation. *Medicine*, 95(41), 1-6 [Consultado em 18 de março 2021]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5072930/>

LAPINSKY, S. (2015). Endotracheal intubation in the ICU. *Lapinsky Critical Care*, 19(258), 1-3 [Consultado em 15 de março 2021]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26082175/>

LEI n.º 156/2015 de 16 de Setembro. *Diário da República*: 1.ª série, n.º181. Assembleia da República [Consultado a 20 de março 2021]. Disponível em: [https://dre.pt/home/-/dre/70309896/details/maximized?p\\_auth=eVlwl6Va](https://dre.pt/home/-/dre/70309896/details/maximized?p_auth=eVlwl6Va)

LETURIONDO, M., GAUNA, S., GUTIÉRREZ, J.J., ALONSO, D., CORCUERA, C., URTUSAGASTI, J.F.,... RUIZ, J.M. (2020). Chest Compressions Induce Erros in End-Tidal Carbon Dioxide Measurement. *Journal Pre-Proof*, 153, 195-201 [Consultado em 17 março 2021]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32492455/>

LIANG, S.Y., THEODORO, D.L., SCHUUR, J.D. & MARSCHALL, J. (2014). Infection Prevention in the Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine*, 64(3), 299-313, doi: 10.1016/j.annemergmed.2014.02.024 [Consultado a 24 de março 2021]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4143473/>

MAZIERO, V.G., VANNUCHI, M.T.O., VITURI, D.W., HADDAD, M.C.L. & TADA, C.N. (2012). Precauções Universais em Isolamentos de Pacientes em Hospital Universitário. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(2), 115-120 [Consultado a 25 de março 2021]. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Maria-Haddad-2/publication/242343281\\_PRECAUCOES\\_UNIVERSAIS\\_EM\\_ISOLAMENTOS\\_D\\_E\\_PACIENTES\\_EM\\_HOSPITAL\\_UNIVERSITARIO/links/5e4d348ca6fdccd965b0e01e/PRECAUCOES-UNIVERSAIS-EM-ISOLAMENTOS-DE-PACIENTES-EM-HOSPITAL-UNIVERSITARIO.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Maria-Haddad-2/publication/242343281_PRECAUCOES_UNIVERSAIS_EM_ISOLAMENTOS_D_E_PACIENTES_EM_HOSPITAL_UNIVERSITARIO/links/5e4d348ca6fdccd965b0e01e/PRECAUCOES-UNIVERSAIS-EM-ISOLAMENTOS-DE-PACIENTES-EM-HOSPITAL-UNIVERSITARIO.pdf)

MIRANDA, F., AREVALO-RODRIGUEZ, I.; DÍAZ, G., GONZALEZ, F., PLANA, M.N., ZAMORA, J.,... SERON, P. (2018). Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) for the Diagnosis of Delirium in Adults in Critical Care Settings (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, 1-19 , doi: 10.1002/14651858.CD013126 [Consultado em 17 de março 2021]. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013126/full>

MURPHY, R.A., BOBROW, B.J., SPAITE, D.W., HU, C., MCDANNOLD, R. & BADEBONCOEUR, T.F. (2016). Association Between Prehospital CPR Quality and End-Tidal Carbon Dioxide Levels in Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *Prehospital Emergency Care*, 20(3), 369-377, doi: 10.3109/10903127.2015.1115929 [Consultado em 15 de março 2021 ]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26830353/>

MUSUUZA, J.S., GURU, P.K., O'HORO, J.C., BONGIORNO, C.M., KOROBKIN, M.A., GANGNON, R.E. & SAFDAR, N. (2019). The Impact of Chlorhexidine Bathing on Hospital-Acquired Bloodstream Infections: A Systematic Review and Meta-Analysis. *BioMed central Infectious Diseases*, 19(416), 1-10 [Consultado em 20 de março 2021]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31088521/>

MUSUUZA, J.S., ROBERTS, T.J., HUNDST, A.S., CARAYON, P., ZIMBRIC, M.L., SCHUETZ, V.,... SAFDAR, N. (2020). Implementing Daily Chlorhexidine Gluconate Treatment for the Prevention of Healthcare-Associated Infections in Non-Intensive Care Settings: A Multiple Case Analysis. *Plos one*, 15(4), 1-16 [Consultado em 20 de março 2021]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7182260/>

NAMIGAR, T., SERAP, K., ESRA, A.T., OZGUL, O., CAN, O.A., AYSEL, A. & ACHMENT, A. (2017). Correlação entre a Escala de Sedação de Ramsay, Escala de Sedação-Agitação de Richmond e Escala de Sedação-Agitação de Riker Durante Sedação com Midazolam-Remifentanil. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 67(4), 347-357 [Consultado em 17 de março 2021]. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S003470941730168X>

NORMA n.º001/2017 de 08 de Fevereiro. Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde. Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde. Lisboa, Portugal [Consultado em 15 de março de 2021]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

NORMA n.º002/2015 de 23 de Outubro. Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde. Lisboa, Portugal [Consultado em 20 de março 2021]. Disponível em: <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/04/triagem-manchester-DGS.pdf>

NORMA n.º002/2018 de 9 de Janeiro. Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde. Lisboa, Portugal [Consultado em 20 de março 2021]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx>

NORMA n.º007/2019 de 16 de Outubro. Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde. Lisboa, Portugal [Consultado a 25 de março 2021]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072019-de-16102019-pdf.aspx>

NORMA n.º021/2015 de 30 de Maio de 2017. "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde. Lisboa, Portugal [Consultado em 19 de março 2021]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015-pdf.aspx>

OLGERS, T.J., DIJKSTRA, R.S., DROST-DE KLERCK, A.M. & MAATEN, J.C. (2017). The ABCDE Primary Assessment in The Emergency Department in Medically Ill Patients: An Observational Pilot Study. *The Netherlands Journal of Medicine*, 75(3), 106-111 [Consultado em 19 de março 2021]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28469050/>

OLIVEIRA, P.A.D. (2011). *Vivências dos Doentes e Familiares em Relação às Visitas Numa Unidade de Cuidados Intensivos* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Coimbra, Portugal [Consultado em 18 março 2021]. Disponível em: [file:///C:/Users/Ana%20Catarina/Downloads/D2012\\_10001822012\\_2816025\\_1%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Ana%20Catarina/Downloads/D2012_10001822012_2816025_1%20(1).pdf)

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2014). *Norma Para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem* [Consultado em 10 de março 2021]. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8332/pontoquatro\\_norma\\_de\\_dotacoesseguras\\_dos\\_cuidados\\_de\\_enfermagem\\_ag\\_30\\_05\\_2014\\_aprovado\\_por\\_maioria\\_proteg.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8332/pontoquatro_norma_de_dotacoesseguras_dos_cuidados_de_enfermagem_ag_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf)

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2017). *Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica - Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados* [Consultado em 20 de março 2021]. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2\\_padroes-qualidade-emc\\_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf)

ORDEM DOS MÉDICOS & SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS. (2008). *Transportes de Doentes Críticos Recomendações*. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos [Consultado em 11 de março 2021]. Disponível em: <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>

ORIO, T. (2017). *Mantenimiento de la vía aérea y ventilación en el paciente crítico en medio extrahospitalario* (Trabalho de fim de Licenciatura). Universidad de la Rioja Escuela Universitaria de Enfermería, Logroño [Consultado em 13 março 2021]. Disponível em: <https://docplayer.es/46766665-Trabajo-fin-de-grado-mantenimiento-de-la-via-aerea-y-ventilacion-en-el-paciente-critico-en-medio-extrahospitalario.html>

OZTUK, F., PARLAK, I., YOLCU, S., TOMRUK, O., ERDUR, B., KILICASLAN, R., ... AKAY, S. (2014). Effect of End-Tidal Carbon Dioxide Measurement on Resuscitation Efficiency and Termination of Resuscitation. *Emergency Medicine Association of Turkey*, 14(1), 25-31 [Consultado em 15 de março 2021]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4909885/>

PAIVA, J., FERNANDES, A., GRANJA, C., ESTEVES, F., RIBEIRO, J., NÓBREGA, J., ... COUTINHO, P. (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Medicina Intensiva. 1-106 [Consultado em 11 de março 2021 ]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>

PANTAZOPOULOS, C., XANTHOS, T., PANTAZOPOULOS, I., PAPALOIS, A., KOUSKOUNI, E. & LACOVIDOU, N. (2015). A Review Of Carbon Dioxide Monitoring During Adult Cardiopulmonary Resuscitation. *Heart, Lung and Circulation*, 24(11),1053-1061 [Consultado em 15 de março 2021]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26150002/>

PARECER CONJUNTO n.º01/2017. *Atribuição de Responsável de Turno*. Ordem dos Enfermeiros, Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica [Consultado em 20 de março 2021]. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/ParecerConjunt\\_oCE\\_MCEEMC\\_01-2017\\_AtribuicaoResponsavelTurno\\_.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/ParecerConjunt_oCE_MCEEMC_01-2017_AtribuicaoResponsavelTurno_.pdf)

PEIXOTO, N. & PEIXOTO, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, série IV (11), 121-132 [Consultado em 15 de março 2021]. Disponível em:

[https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=2627&id\\_revista=24&id\\_edicao=98](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2627&id_revista=24&id_edicao=98)

PENEDO, J.M.V.S, RIBEIRO, A.A.B., LOPES, H.A.R.C., PIMENTEL, J.M.P.C., PEDROSA, J.A.G.P.S., VASCONCELOS E SÁ, R.A.M. & MORENO, R.P.J.M. (2013). Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos - Relatório Final. Ministério da Saúde, 1-459 [Consultado em 18 março 2021]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-da-situa%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>

PINA, S., CANELLAS, M., PRAZERES, R., LOPES, J., MARCELINO, T., REIS, D. & FERRITO, C. (2020). Comunicação Alternativa e Aumentativa em Doentes Ventilados: Scoping Review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 3(5), 1-6 [Consultado em 14 de março 2021]. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672020000500305&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000500305&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)

PIRES, P., MARQUES, C. & MASIP, J. (2018). Cânulas Nasais de Alto Fluxo: Uma Alternativa de Oxigenoterapia na Insuficiência Respiratória Aguda . *Revista Portuguesa de Medicina Interna*, 25(2), 123-133 [Consultado em 16 de março 2021]. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0872-671X2018000200012](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0872-671X2018000200012)

QI, Z., YANG, S., QU, J., LI, M., ZHENG, J., HUANG, R.,... LI, H. (2020). Effects of Nurse-led Sedation Protocols on Mechanically Ventilated Intensive Care Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Australian Critical Care*, 1-9 [Consultado em 17 de março 2021]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33054987/>

QUACH, C., MCARTHUR, M., MCGEER., A., LI, L., SIMOR, A., DIONNE, M.,... TREMBLAY, L. (2012). Risk of Infection Following a Visit To The Emergency Department: A Cohort Study. *Canadian Medical Association Journal*, 184(4), E232-E239 [Consultado em 25 de março 2021]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3291696/>

RASHEED, A.M., AMIRAH, M.F., ABDALLAH, M., P.J., P., ISSA, M. & ALHARTHY, A. (2019). Ramsay Sedation Scale and Richmond Agitation Sedation Scale: A Cross-sectional Study. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 38(2), 90-95 [Consultado em 17 de março 2021]. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/330761426 Ramsay Sedation Scale a nd Richmond Agitation Sedation Scale A Cross-sectional Study](https://www.researchgate.net/publication/330761426_Ramsay_Sedation_Scale_and_Richmond_Agitation_Sedation_Scale_A_Cross-sectional_Study)

REGULAMENTO n.º 140/2019 de 6 de Fevereiro. *Diário da República: 2ª série*, n.º 26. Lisboa, Portugal [Consultado em 7 de março 2021]. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>

REGULAMENTO n.º 361/2015 de 26 de Junho. *Diário da República: 2ª série*, n.º 123. Lisboa, Portugal [Consultado em 14 de março 2021]. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/67613096/details/maximized>

REGULAMENTO n.º 429/2018 de 16 de Julho. *Diário da República: 2ª série*, n.º135. Lisboa, Portugal [Consultado em 7 de março 2021]. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/115698617/details/maximized>

REGULAMENTO n.º 743/2019 de 25 de Setembro. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República: 2.ª série*, n.º 184. Lisboa, Portugal [Consultado em 7 de março 2021]. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/124981040/details/maximized>

SANTOS, A.P.L. & FERRÃO, S.A.S. (2015). Comunicação Efetiva na Transferência da Pessoa Em Situação Crítica [Consultado em 9 de março 2021]. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/272892569 Comunicacao Efetiva na T ransferencia da Pessoa em Situacao Critica Revisao da Literatura](https://www.researchgate.net/publication/272892569_Comunicacao_Efetiva_na_T_ransferencia_da_Pessoa_em_Situacao_Critica_Revisao_da_Literatura)

SANTOS, I.G.O., SANTOS, J.N.P., LIMA, J.V.S., LIMA, S.S & SANTOS, T.A. (2018). A Importância da Comunicação no Atendimento Pré-Hospitalar: Um Olhar da Enfermagem [Consultado em 19 de março 2021]. Disponível em: <https://www.even3.com.br/anais/iicongressoue2017/68358-a-importancia-da-comunicacao-no-atendimento-pre-hospitalar--um-olhar-da-enfermagem/>

SANTOS, M.C., GRILO, A., ANDRADE, G., GUIMARÃES, T. & GOMES, A. (2010). Comunicação em Saúde e a Segurança do Doente: Problemas e Desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 47-57 [Consultado em 9 de março 2021]. Disponível em: <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-comunicacao-em-saude-e-seguranca-X0870902510898583>

SARVESTANI, R.S., MOATTARI, M., NASRABADI, A.N., MOMENNASAB, M. & YEKTATALAB, S. (2015). Challenges of Nursing Handover: A Qualitative Study. *Clinical Nursing Research*, 24(3), 234-252, doi: 10.1177/1054773813508134 [Consultado em 8 de março 2021]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24302325/>

SESSLET, C.N., GOSNELL, M.S., GRAP, M.J., BROPHY, G.M., O'NEAL, P.V., KEANE, K.A.,... ELSWICK, R.K. (2002). The Richmond Agitation-Sedation Scale – Validity and Reliability in Adult Intensive Care Unit Patients. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 166, 1338-1344, doi: 10.1164/rccm.2107138 [Consultado em 17 de março 2021]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12421743/>

SHEHABI, Y., HOWE, B.D., BELLOMO, R., ARABI, Y.M., BAILEY, M., BASS, F.E. & WEBB, S.A. (2019). Early Sedation with Dexmedetomidine in Critically Ill Patients. *The New England Journal of Medicine*, 380, 2506-2517, doi: 10.1056/NEJMoa1904710 [Consultado em 17 de março 2021]. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa1904710>

SILVA, M.T.M.C. (2017). *Método de Trabalho de Enfermeiro Responsável – Melhoria da Qualidade* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal [Consultado em 22 de março 2021]. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/20881>

SOAR, J., NOLAN, J.P., BÖTTIGER, B.W., PERKINS, G.D., LOTT, C., CARLI, P.,... DEAKIN, C. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 Section 3. Adult Advanced Life Support. *Elsevier Resuscitation Journal*, 95, 100-147 [Consultado em 20 de março 2021]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26477701/>

SOLER, W., MUÑOZ, M.G., BRAGULAT, E. & ÁLVAREZ, A. (2010). Triage: A Key Tool in Emergency Care. *Anales del Sistema Sanitário de Navarra*, 33(1), 55-68 [Consultado em 15 de março 2021]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20508678/>

SOUSA, E.H. & ANDRADE, S. (2000). Opinião de Doentes e Enfermeiros acerca das Visitas aos Doentes Hospitalizados. *Revista de Enfermagem Referência*, 4, 39-45 [Consultado em 20 de março 2021]. Disponível em: [https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=97&id\\_revista=5&id\\_edicao=19](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=97&id_revista=5&id_edicao=19)

SWAN, J.T., ASHTON, C.M., BUI, L.N., PHAM, V.P., SHIRKEY, B.A., BLACKSHEAR, J.E. (2016). Effect of Chlorhexidine Bathing Every Other Day on Prevention of Hospital-Acquired Infections in the Surgical ICU: A Single-Center, Randomized Controlled Trial. *Critical Care Medicine Journal*, 44(10), 1822-1832, doi: 10.1097/CCM.0000000000001820 [Consultado em 22 de março 2021]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27428384/>

TALLEY, D.; DUNLAP, E.; SILVERMAN, D.; KATZER, S.; HUFFINES, M., DOVE, C., ... TISHERMAN, S. (2019). Improving Postoperative Handoff in a Surgical Intensive Care Unit. *American Association of Critical Care Nurses*, 39(5), 13-21 [Consultado em 23 de março 2021]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31575601/>

TARAN, Z., NAMADIAN, M., FAGHIHZADEH, S. & NAGHIBI, T. (2019). The Effect of Sedation Protocol Using Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) on Some Clinical Outcomes of Mechanically Ventilated Patients in Intensive Care Units: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Caring Sciences*, 8(4), 199-206, doi: 10.15171/jcs.2019.028 [Consultado a 17 de março 2021]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6942649/>

TEIXEIRA, J.M.F. & DURÃO, M.C. (2016). Monitorização da Dor na Pessoa em Situação Crítica: Uma Revisão Integrativa da Literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV (10), 135-142, doi: 10.12707/RIV16026 [Consultado em 17 de março 2021]. Disponível em: [https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=2616&id\\_revista=24&id\\_edicao=97](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2616&id_revista=24&id_edicao=97)

THIM, T., KRARUP, N.H.V., GROVE, E.L., ROHDE, C.V. & LOFGREN, B. (2012). Initial assessment and treatment with the Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE) approach. *Internacional Journal of General Medicine*, 5, 117-121 [Consultado a 19 de março 2021]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3273374/>

VIEIRA, E.J.M. (2014). *As Estratégias de Comunicação no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica* (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, Portugal [Consultado em 20 de março 2021]. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/16387/1/AS%20ESTRAT%C3%89GIAS%20DE%20COMUNICA%C3%87%C3%83O%20NO%20CUIDADO%20%C3%80%20PESSOA%20EM%20SITUA%C3%87%C3%83O%20CR%C3%8DTICA.pdf>

VILELAS, J. (2017). *Investigação - o Processo de Construção do Conhecimento*. 2.<sup>a</sup> edição. Lisboa: Edições Silabo.

WOODHEAD, D.D., LAMBERT, D.K., CLARK, J.M., & CHRISTENSEN, R.D. (2006) Comparing two methods of delivering high-flow gas therapy by nasal cannula following endotracheal extubation: A prospective, randomized, masked, crossover trial. *Journal of Perinatology*, 26(8), 481-485 [Consultado em 12 de março 2021]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16724119/>

YANG, J. & ZHANG, J. (2016). Improving the postoperative handover process in the intensive care unit of a tertiary teaching hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 1062-1072 [Consultado em 9 de março 2021]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26814685/>

## 7. APÊNDICES



**Apêndice I: Poster "Benefícios da Cânula Nasal de Alto Fluxo, no Doente Crítico, Durante o Período de Extubação Endotraqueal, nas Unidades de Cuidados Intensivos"**



## BENEFÍCIOS DA CÂNULA NASAL DE ALTO FLUXO DURANTE O PERÍODO DE EXTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL, NO DOENTE CRÍTICO, NAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: REVISÃO INTEGRATIVA.

Ana Ferreira<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Enfermeira Pós Graduada em Emergência e Trauma, Centro Hospitalar e Universitário do Porto, anacaferrera@gmail.com

### INTRODUÇÃO

A intubação endotraqueal (IET), é um procedimento *life-saving*, que tem como objetivo assegurar a permeabilidade da via aérea, aspirar secreções, proteger contra a aspiração de conteúdo gástrico, administrar fármacos e realizar ventilação artificial [1] [2].

O período de extubação deverá ocorrer o mais precocemente possível, contudo, entre 10% a 19% dos doentes necessitam de reintubação aumentando assim 26% a 50% a taxa de mortalidade em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) [3].

A Cânula Nasal de Alto Fluxo (CNAF) poderá ser uma estratégia para diminuir a necessidade de reintubação, uma vez que diminui a resistência das vias aéreas e a existência de espaço morto anatómico, possibilitando uma ventilação mais eficaz com maior recrutamento alveolar, e ainda, um maior conforto para o doente [4].

### METODOLOGIA

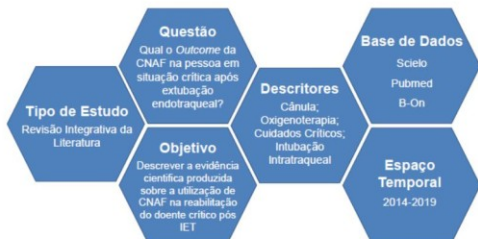


Fig 1. Síntese da base metodológica

Obteve-se da pesquisa 1754 artigos, que após aplicação de critérios de inclusão, exclusão e avaliação integral, 9 foram incluídos na análise crítica.

- E1) Comparison of the Effectiveness of High Flow Nasal Oxygen Cannula vs. Standard Non-Rebreather Oxygen Face Mask in Post-Extubation Intensive Care Unit Patients.** Autores: Brofman, E.; Zlotnik, A.; Schwartz, A.; Frenkel, A.; Koyfman, L.; Guenbaum, S.; Klein, M. Fonte: *Israel Medical Association Journal* (2014)
- E2) Clinical Efficacy Of High-flow Nasal Cannula Compared To Noninvasive Ventilation In Patients With Post-extubation Respiratory Failure.** Autores: Yoo, J.; Synn, A.; Huh, J.; Hong, S.; Koh, Y.; Lim, C. Fonte: *Korean Journal of Internal Medicine* (2016)
- E3) Effect of Postextubation High-Flow Nasal Cannula vs Conventional Oxygen Therapy on Reintubation in Low-Risk Patients: A Randomized Clinical Trial.** Autores: Hernández, G.; Vaquero, C.; González, P.; Subira, G.; Frutos-Vivar, F.; Riisp, G.; Laborda, C.; Colinas, L.; Cuena, R.; Fernández, R. Fonte: *Journal of American Medical Association* (2016)
- E4) Effect of Postextubation High-Flow Nasal Cannula vs Noninvasive Ventilation on Reintubation and Postextubation Respiratory Failure in High-Risk Patients: A Randomized Clinical Trial.** Autores: Hernández, G.; Vaquero, C.; Colinas, L.; Cuena, R.; González, P.; Canabal, A.; Sanchez, S.; Rodriguez, M.; Villacabras, A.; Fernández, R. Fonte: *Journal of American Medical Association* (2016)
- E5) The Value Of High-flow Nasal Cannula Oxygen Therapy After Extubation In Patients With Acute Respiratory Failure.** Autores: Song, H.; Gu, J.; Xu, H.; Cui, W.; Zhang, G. Fonte: *Clinic* (2017)
- E6) Can High-flow Nasal Cannula Reduce The Rate Of Reintubation In Adult Patients After Extubation? A Meta-analysis.** Autores: Ni, Y.; Luo, J.; Yu, H.; Liu, D.; Liang, B.; Yao, R.; Liang, Z. Fonte: *BMC Pulmonary Medicine* (2017)
- E7) Effect of High-Flow Nasal Cannula Oxygen Therapy Versus Conventional Oxygen Therapy and Noninvasive Ventilation on Reintubation Rate in Adult Patients After Extubation: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials.** Autores: Huang, H.; Sun, X.; Shi, Z.; Chen, G.; Chen, L.; Friedrich, J.; Zhou, J. Fonte: *Journal of Intensive Care Medicine* (2018)
- E8) High-flow Nasal Cannula in Adults With Acute Respiratory Failure And After Extubation: A Systematic Review And Meta-analysis.** Autores: Xu, Z.; Li, Y.; Zhou, J.; Li, X.; Huang, Y.; Liu, X.; Burns, K.; Zhong, N.; Zhang, H. Fonte: *Respiratory Research* (2018)
- E9) Comparison Of High Flow Nasal Cannula With Noninvasive Ventilation In Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients With Hypercapnia In Preventing Postextubation Respiratory Failure: A Pilot Randomized Controlled Trial.** Autores: Jing, G.; Li, J.; Hao, D.; Wang, T.; Sun, Y.; Tian, H.; Fu, Z.; Zhang, Y.; Wang, X. Fonte: *Wiley Research in Nursing & Health* (2019)

### DISCUSSÃO DE RESULTADOS



Fig 2. Síntese dos resultados obtidos

#### CNAF VS OXIGENOTERAPIA CONVENCIONAL

O E1 equiparou o efeito do uso da CNAF e Máscara Facial Simples pós IET. Demonstrou-se que a taxa de reintubação era menor no grupo submetido a CNAF, obtendo-se o mesmo resultado no E3, acrescentando ainda uma diminuição na taxa de ocorrência de Insuficiência Respiratória Aguda (IRA). Já no E5, quando comparado o uso de CNAF com a Máscara de Venturi, no período pós IET, mostrou-se que o uso de CNAF melhora a oxigenação e diminui os desconfortos sentidos. Da mesma forma, no E6, os autores concluíram que com a utilização de CNAF, em comparação com oxigenoterapia convencional (OC), diminuiu significativamente a taxa de reintubação. Corroborando com os autores anteriores, o E7 e E8 demonstrou a eficácia da CNAF no decréscimo significativo do risco de extubação falhada e por consequência, menor taxa de reintubação quando comparada com OC. Por fim, todos os autores relatam que a utilização de CNAF em detrimento da OC não altera o tempo de internamento, a taxa de mortalidade e o tempo decorrido até nova reintubação. Porém, demonstraram melhor tolerância ao dispositivo CNAF e uma menor incidência de complicações.

#### CNAF VS VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

O E2 pretendia comparar os benefícios da CNAF e da Ventilação Não Invasiva (VNI) após extubação endotraqueal. Concluiu-se que a taxa de não reintubação foi semelhante, no entanto verificou-se uma maior intolerância ao VNI, levando a algumas reintubações por este motivo. Já os autores do E4, demonstraram que a utilização de CNAF é uma técnica semelhante à VNI, dadas as taxas de reintubação idênticas, contudo o número de doentes a desenvolver IRA foi menor no grupo submetido a CNAF. No E6, E7 e E8 os autores referem que não existe uma diferença significativa na taxa de reintubação entre os grupos submetidos a CNAF e os submetidos a VNI, podendo então o primeiro dispositivo ser uma alternativa viável devido aos mecanismos respiratórios similares e benefícios análogos. Por fim, no E9, o uso de CNAF provou-se tão eficiente quanto a VNI nas primeiras 48h pós IET, sendo assim uma técnica equiparável a VNI neste contexto. Evidencia-se ainda, por todos os autores, que a CNAF é melhor tolerada, dado que se relata um maior conforto e menor presença de efeitos adversos decorrentes dos dispositivos, o que aumenta a adesão ao regime terapêutico, diminui a ocorrência de complicações e aumenta as taxas de sucesso.

### CONCLUSÃO

A Cânula Nasal de Alto Fluxo mostra-se uma opção mais eficaz no período pós entubação endotraqueal, em detrimento da Oxigenoterapia Convencional. É uma estratégia tão útil quanto a Ventilação Não Invasiva, sendo até melhor tolerada e com menor incidência de efeitos secundários ou complicações. Deste modo, conclui-se que a CNAF contribui para o aumento de ganhos em saúde no doente crítico pós IET.

[1] Hagberg, C. (2012). *Benumof and Hagberg's Airway Management* (8ª Edição).  
 [2] Jaber, S.; Jung, B.; & Charques, G. (2015). Endotracheal intubation in the ICU. *Lapinsky Critical Care*, 19, 313-321.  
 [3] Lai, C. C., Chen, C. M., Chiang, S. R., Liu, W. L., Wang, S. F., Sung, M. L., ... Cheng, K. C. (2016). Establishing predictors for successfully planned endotracheal extubation. *Medicine (United States)*, 95(4), 1-6.  
 [4] Woodhead, D. D., Lambert, D. K., Clark, J. M., & Christensen, R. D. (2006). Comparing two methods of delivering high-flow gas therapy by nasal cannula following endotracheal extubation: A prospective, randomized, masked, crossover trial. *Journal of Perinatology*, 26(8).



**Apêndice II: Poster "Benefícios da Capnografia no Doente Sujeito a Reanimação Cardiopulmonar, em Contexto Extra-Hospitalar: Revisão Integrativa"**



## BENEFÍCIOS DA UTILIZAÇÃO DE CAPNOGRAFIA NO DOENTE SUJEITO A REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR, EM CONTEXTO EXTRA-HOSPITALAR: REVISÃO INTEGRATIVA

Ana Catarina Ferreira<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Mestranda em Pós-Graduação em Emergência e Trauma, Centro Hospitalar Universitário de Porto, Faculdade de Enfermagem da Universidade do Porto, Universidade Católica Portuguesa, e [acferreira@gmail.com](mailto:acferreira@gmail.com)

### INTRODUÇÃO

Os cuidados ao doente em situação crítica, ou seja aquele cuja falência ou disfunção de um ou mais órgãos ou sistemas, torna a sua sobrevivência dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica, exigem das equipas uma intervenção rápida e de qualidade, com o objetivo de evitar a morte e/ou diminuir as possíveis sequelas<sup>(1)</sup>.

O uso da capnografia pode ser um instrumento essencial no contexto do doente crítico, permitindo uma avaliação real e específica. Tendo em conta a realidade atual e as potencialidades do uso de capnografia, questionamos: Quais os outcomes da utilização de capnografia, em doentes sujeito a reanimação cardiopulmonar, em contexto extra hospitalar? O objetivo deste trabalho é descrever a evidência científica produzida sobre os ganhos em saúde com a utilização de capnografia, em doentes sujeitos a Reanimação Cardiopulmonar (RCP) em contexto extra hospitalar.

### METODOLOGIA

Efetuada pesquisa nas bases de dados científicas EBSCO e Pubmed, com os Descritores de Ciência da Saúde: "Capnography", "Cardiopulmonary Resuscitation" e "Prehospital Services". Foram realizadas equações com os operadores booleanos "AND" para associar os descritores. Da pesquisa resultaram 1771 artigos que foram submetidos a um teste de relevância com aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Após remoção de duplicados, leitura do título e resumo, foram 19 artigos para leitura do texto integral, da qual resultaram 4 para inclusão na revisão conforme diagrama Pirâmide (Figura 1).



Figura 1 – Diagrama Pirâmide

Na Figura 2 encontra-se exemplificado os artigos incluídos para análise como esquema de evidências.



Figura 2 – Esquema de Evidências

### DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Como exemplificado na Figura 3, existem fatores que podem influenciar os níveis de ETCO<sub>2</sub> durante a RCP como a causa da Paragem Cardiorrespiratória (PCR), o ritmo cardíaco inicial, o tempo decorrido até ao início das manobras de reanimação, o desempenho/tadga dos reanimadores e a administração de fármacos vasopressores<sup>(2)</sup>. Num estudo sobre a associação entre a qualidade da RCP pré-hospitalar e os níveis de ETCO<sub>2</sub> em contexto pré-hospitalar, os resultados demonstraram uma relação direta entre os níveis de ETCO<sub>2</sub> e variáveis inerentes às manobras de reanimação, estabelecendo uma relação de causalidade entre a qualidade das manobras de reanimação e os valores de ETCO<sub>2</sub> obtidos através da capnografia<sup>(3)</sup>. Noutro estudo de base populacional, os investigadores defenderam que a monitorização da capnografia por si só não melhora diretamente a qualidade da RCP, contudo, ao ter em conta este parâmetro, a equipa poderá ajustar a sua intervenção, obtendo um melhor desempenho e por sua vez resultados mais benéficos para o doente, como uma maior possibilidade de RCE<sup>(4)</sup>.

Um estudo realizado sobre o efeito da medição do CO<sub>2</sub> expirado na eficácia da ressuscitação conduziu que era possível perceber a probabilidade de sobrevivência dos doentes pelos níveis de ETCO<sub>2</sub> no início e no fim da RCP, referindo que os doentes com Retorno da Circulação Espontânea (RCE) apresentavam valores de ETCO<sub>2</sub> mais elevados do que aqueles que não recuperavam, tanto na monitorização inicial como no final da RCP<sup>(5)</sup>. Tendo em conta a relação deste parâmetro com a pressão de perfusão, valores de ETCO<sub>2</sub> abaixo de 10 mmHg durante a RCP, tem pouca probabilidade de RCE<sup>(6)</sup>. Evidencia-se nesta revisão que os valores de ETCO<sub>2</sub> permitem prever a possibilidade de sobrevivência e guiar os reanimadores na qualidade da RCP e no término da mesma<sup>(7)</sup>. Todos os autores indicam que a utilização de capnografia é um instrumento importante durante a RCP, uma vez que permite um feedback do desempenho da equipa, aumentando a possibilidade de RCE<sup>(8)</sup>. Contudo, apesar de recomendar a utilização da capnografia, em contexto extra e intra-hospitalar, para avaliação adicional das manobras e monitorização fisiológica e de ser uma recomendação das guidelines internacionais para atuação nesta emergência clínica, o seu uso geral ainda é baixo<sup>(9)</sup>.



Figura 3 – Diagrama de fatores que influenciam os níveis de ETCO<sub>2</sub>

### CONCLUSÃO

As comunicações e resultados analisados nesta revisão integrativa da literatura dão suporte à noção de que a utilização de capnografia é um parâmetro essencial durante a RCP. O uso deste dispositivo permite aumentar os ganhos em saúde do doente sujeito a RCP uma vez que possibilita um feedback em tempo real da atuação da equipa, sendo possível orientar os esforços de reanimação com o objetivo de atingir o RCE. Para além disso, ajuda a perceber a previsão da probabilidade de sobrevivência do doente no início e durante a intervenção, sendo possível uma gestão correta e rentável de recursos.

1) Grank, F., Palaş, I., Yoldaş, S., İsmailoğlu, Ö., Emek, B., Kılıncalan, N., Miras, A., Akay, S. Turkish Journal of Emergency Medicine (2014)  
 2) Pantazopoulos, C., Katsios, T., Pantazopoulos, I., Papadou, A., Tsakiridou, E., Ioannidis, J. Frontiers in Emergency Medicine (2015)  
 3) Chen, J., Liu, Y., Hou, S., Huang, M., Hu, C., Su, Y. Chinese Journal of Trauma and Resuscitation (2015)  
 4) Murphy, R., Bobrow, B., Spaite, D., Hu, C., McDonnell, R., Verdinecourt, T. Prehospital Emergency Care (2014)  
 5) Grank, F., Palaş, I., Yoldaş, S., İsmailoğlu, Ö., Emek, B., Kılıncalan, N., Miras, A., Akay, S. Turkish Journal of Emergency Medicine (2014)  
 6) Pantazopoulos, C., Katsios, T., Pantazopoulos, I., Papadou, A., Tsakiridou, E., Ioannidis, J. Frontiers in Emergency Medicine (2015)  
 7) Chen, J., Liu, Y., Hou, S., Huang, M., Hu, C., Su, Y. Chinese Journal of Trauma and Resuscitation (2015)  
 8) Murphy, R., Bobrow, B., Spaite, D., Hu, C., McDonnell, R., Verdinecourt, T. Prehospital Emergency Care (2014)  
 9) Grank, F., Palaş, I., Yoldaş, S., İsmailoğlu, Ö., Emek, B., Kılıncalan, N., Miras, A., Akay, S. Turkish Journal of Emergency Medicine (2014)



**Apêndice III: "A Relação Entre uma Transmissão de Informação Estruturada e a Segurança do Doente Crítico: Revisão Integrativa".**



**TÍTULO: A RELAÇÃO ENTRE UMA TRANSMISSÃO DE INFORMAÇÃO ESTRUTURADA E A SEGURANÇA DO DOENTE CRÍTICO: REVISÃO INTEGRATIVA.**

*The relationship between a structured handover and critical patient safety*

*La relación entre una transmisión de información estructurada y la seguridad crítica del paciente: revisión integrativa.*

**Autores:** Ana Catarina Vaz Ferreira <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Enfermeira Pós Graduada em Emergência e Trauma, Centro Hospitalar e Universitário do Porto ([anacatferreira@gmail.com](mailto:anacatferreira@gmail.com)), 0000-0002-9656-0840

## **RESUMO**

Existe uma crescente preocupação das instituições de saúde, em adotar estratégias que contribuam para a prevenção e minimização de erros. As falhas na transmissão de informação foram identificadas como principal responsável pelo desencadeamento de eventos adversos relacionados com a segurança do doente. Este estudo de revisão integrativa teve como objetivo descrever a evidência científica produzida sobre a relação do uso de uma metodologia padronizada para a transmissão de informação e a segurança do doente crítico. Realizada uma pesquisa de literatura de língua inglesa e portuguesa, na base de dados EBSCO e PubMed, num horizonte temporal entre 2015 e 2020, obteve-se 5024 artigos, sendo que 6 foram selecionados para análise crítica. Evidenciou-se que a utilização de estratégias padronizadas de transmissão de informação promove uma comunicação mais efetiva e por isso uma transição de cuidados de qualidade o que diminui a possibilidade de eventos adversos. Assim, concluiu-se que a utilização de uma metodologia de transmissão de informação tem uma influência benéfica na segurança do doente crítico.

**Palavras-Chave:** Transferência da Responsabilidade pelo Paciente; Cuidados Críticos; Segurança; Enfermagem

## **ABSTRACT**

There is a growing concern among health institutions in adopting strategies that contribute to the prevention and minimization of errors. Failures in the transmission of information were identified as being primarily responsible for triggering adverse events related to patient safety. This integrative review study aimed to describe the scientific evidence produced on the relationship between the use of a standardized methodology for the transmission of information and the safety of critically ill patients. A survey of English and Portuguese language literature was carried out in the EBSCO and PubMed database, in a time horizon between 2015 and 2020, 5024 articles were obtained, of which 6 were selected for critical analysis. It became evident that the use of standardized information transmission strategies promotes more effective communication and, therefore, a transition of quality care, which reduces the possibility of adverse events. Thus, it is concluded that the use of an information transmission methodology has a beneficial influence on the safety of critically ill patients.

**Keywords:** Patient handoff; Critical Care; Safety; Nursing

## **RESUMEN**

Existe una creciente preocupación entre las instituciones de salud por adoptar estrategias que contribuyan a la prevención y minimización de errores. Las fallas en la transmisión de información se identificaron como las principales responsables de desencadenar eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente. Este estudio de revisión integradora tuvo como objetivo describir la evidencia científica producida sobre la relación entre el uso de una metodología estandarizada para la transmisión de información y la seguridad de los pacientes críticos. Se realizó una encuesta de literatura en lengua inglesa y portuguesa en la base de datos EBSCO y PubMed, en un horizonte temporal entre 2015 y 2020, se obtuvieron 5024 artículos, de los cuales 6 fueron seleccionados para análisis crítico. Se hizo evidente que el uso de estrategias estandarizadas para la transmisión de información promueve una comunicación más efectiva y, por lo tanto, una transición de atención de calidad, lo que reduce la posibilidad de eventos adversos. Así, se concluye que el uso de una metodología de transmisión de información tiene una influencia beneficiosa en la seguridad de los pacientes críticos.

**Palabras Clave:** Traspaso de pacientes; Cuidado crítico; La seguridad; Enfermería

## INTRODUÇÃO

Atualmente existe uma preocupação crescente com a segurança do doente, tornando-se um desafio para as organizações de saúde adotar estratégias, congregando esforços e recursos para prevenir a ocorrência de erros (Troyer & Brady, 2020). O acesso a cuidados de saúde de qualidade em todos os seus níveis, é um direito fundamental do cidadão, dessa forma a segurança é um dado essencial para a confiança dos utentes no Serviço Nacional de Saúde (Despacho n.º1400-A/2015).

De acordo com a World Health Organization e The Joint Commission (2007), as falhas durante a passagem de informação foram identificadas como a principal causa de ocorrência de eventos adversos, assim, emergem de forma global diversas iniciativas que abordam a transmissão de informação clínica, sendo a comunicação efetiva durante estes momentos uma das 9 prioridades internacionais para a segurança do doente.

Segundo a Direção Geral de Saúde (2011) a segurança do doente pode ser definida como a redução dos danos causados ao doente, através dos cuidados de saúde que lhe são prestados, para um mínimo aceitável, tendo em conta os recursos disponíveis, o conhecimento atual envolvido e o contexto clínico em que esses cuidados ocorrem. A segurança é um princípio fundamental nos serviços de saúde, contudo prestar cuidados seguros em ambientes complexos é uma meta difícil para as equipas multidisciplinares (World Health Organization, 2017).

A nível internacional a evidência indica que até 70% de eventos adversos ocorrem por falhas na comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados (Norma 001/2017). Estas falhas estão muitas vezes relacionadas com a omissão ou erro nas informações, falta de precisão e falta de priorização das atividades. Logo, a comunicação eficaz na transição dos cuidados é imperativa para melhorar a segurança do doente e diminuir a ocorrência de eventos adversos (Norma 001/2017).

A comunicação é um processo contínuo composto por elementos que se interligam para dar sentido à mensagem transmitida, o que, na transição de cuidados, envolve 3 características: a transferência de informação, de responsabilidade e de autoridade e inclui 3 componentes: o doente, o profissional de saúde que transmite e o profissional que recebe (Brás & Ferreira, 2016; Santos, Campos & Silva, 2018; Wong, Tung, Peck & Goh, 2019). Nestes momentos, é transmitida a informação clínica do doente de forma eficaz, oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo

recetor, com o intuito de garantir uma transmissão de informação segura e de qualidade, prevenindo erros ou omissões de cuidados (Norma 001/2017; Wong et al., 2019).

Diversos estudos indicam que uma transmissão de informação não estruturada, contribui para falhas e desorganização da informação o que compromete a segurança dos doentes, contribuindo para erros e/ou atraso nos tratamentos, erros de medicação assim como insatisfação dos utentes (Park, 2020; The Joint Commission 2017; Kowitlawakulo et al., 2015). O doente crítico é particularmente vulnerável uma vez que a necessidade de monitorização hemodinâmica, administração de medicação de elevado risco e a execução frequente de procedimentos invasivos, proporcionam momentos suscetíveis para a ocorrência de eventos adversos (Talley et al., 2019).

Por outro lado, estudos sugerem que a transmissão de informação estruturada, utilizando uma metodologia padronizada aumenta a qualidade da transição de cuidados, facilitando a recuperação do doente (Figueiredo, Potra & Lucas, 2020; Talley et al., 2019, Yang & Zhang, 2016).

Em Portugal, com o intuito de responder à Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde, desenvolve-se o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, concebido para apoiar a definição de objetivos e metas de gestão de riscos associados aos cuidados de saúde, tendo em conta que a segurança do doente é da responsabilidade de toda a equipa interdisciplinar (Despacho n.º 1400-A/2015).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes define a comunicação como um aspeto fundamental para a segurança do doente, principalmente nas transferências de responsabilidade da prestação de cuidados, como nas mudanças de turno, transferências intra e interhospitalar e altas. Deste modo as instituições devem "implementar procedimentos normalizados para assegurar uma comunicação precisa e atempada de informações entre os profissionais de saúde, evitando lacunas na comunicação" (Despacho n.º 1400-A/2015, pp.3882-(3)).

Seguindo estas orientações, a Direção Geral de Saúde elaborou em 2017 uma norma para uma comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, com recurso a uma ferramenta de comunicação ISBAR, possível de aplicar a todos os níveis de prestação de cuidados em que seja necessário ocorrer a transição de cuidados (Norma 001/2017).

Neste sentido, face a esta problemática desafiadora na área da saúde, onde se compreende uma estreita relação entre a comunicação e a segurança do doente, questionamos: Qual a influência do uso de uma metodologia de transmissão de informação na segurança do doente crítico? O objetivo é descrever a evidência científica

produzida sobre a relação do uso de uma metodologia padronizada para a transmissão de informação e a segurança do doente crítico. Este trabalho foi desenvolvido durante o Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgico com Especialização na área da Pessoa em Situação Crítica e encontra-se dividido em 5 capítulos: Introdução, Metodologia, Discussão de Resultados, Conclusão e Referências Bibliográficas.

## **METODOLOGIA**

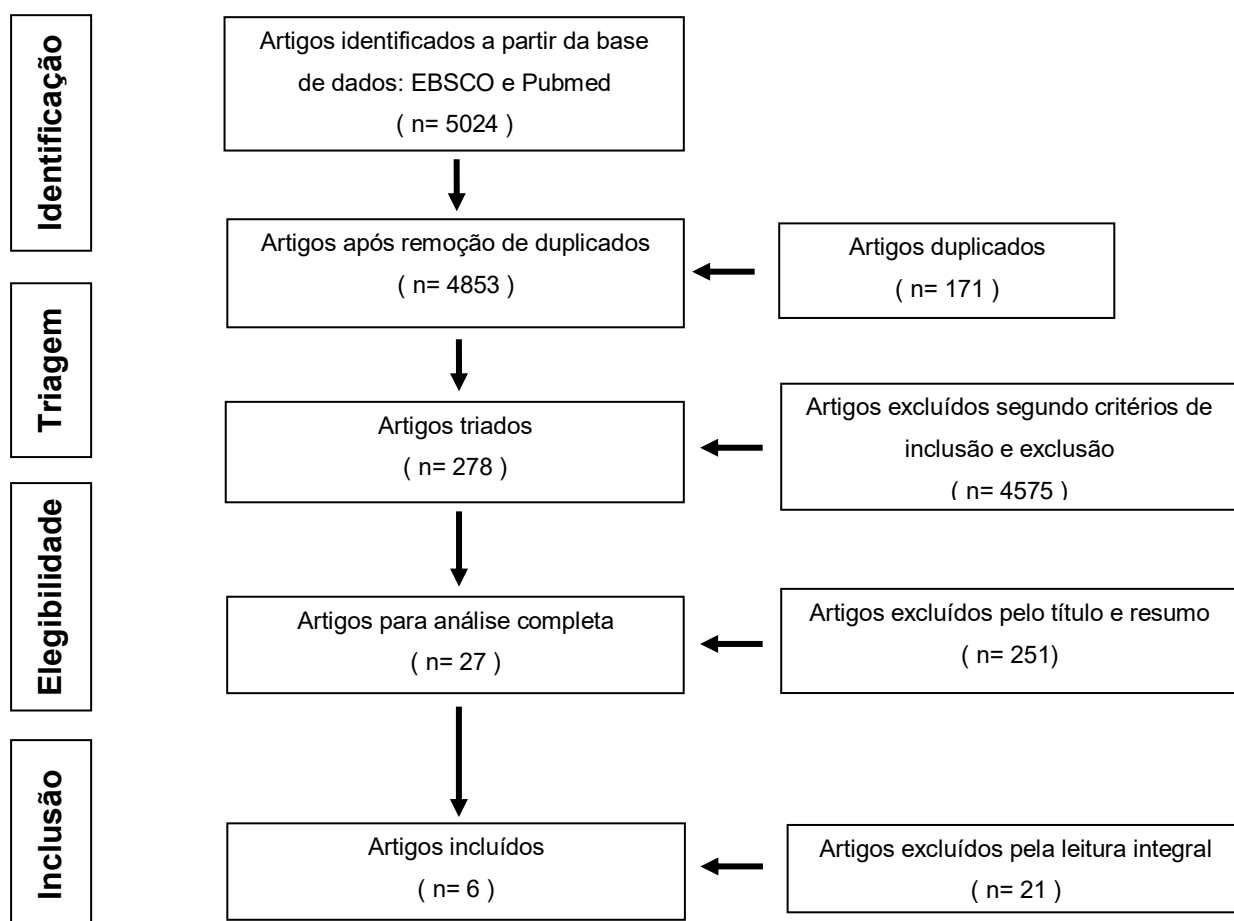
Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, ou seja, um estudo retrospectivo e secundário que visa analisar um conjunto de artigos da temática cujos resultados possam gerar intervenções práticas (Vilelas, 2017). Esta revisão justifica-se pela falta de clareza em torno do tema em estudo, cujos resultados poderão contribuir para a produção de pesquisas de campo e intervenções delas decorrentes.

Assim, este trabalho desenvolve-se através de 4 etapas: formulação da questão de investigação e objetivo do estudo; estabelecimento de critérios de pesquisa; organização dos dados; análise e discussão dos resultados encontrados.

Efetuada uma pesquisa nas bases de dados científicas Pubmed e ESBCO, recorrendo aos Descritores da Ciência da Saúde (DeCS): “Patient Handoff”, “Critical Care”, “Safety” and “Nursing”. Foram realizadas equações com os operadores booleanos “AND” para cruzar os descritores.

Desta forma, da pesquisa bibliográfica resultou um total de 5024 artigos, que foram submetidos a um teste de relevância constituído por 3 critérios de inclusão: (i) espaço temporal entre 2015 e 2020, (ii) Idioma Inglês e Português e (iii) Texto integral. Para além disso foram estabelecidos 3 critérios de exclusão nomeadamente artigos referentes (i) a crianças, (ii) a grávidas e (iii) estudos com animais. Após a remoção de duplicados e a aplicação destes critérios, resultaram 278 artigos. Com o intuito de avaliar os artigos teve-se em conta os objetivos do estudo, a questão de investigação e que abordassem a perspectiva de segurança do doente relacionada com a transmissão de cuidados/informação. Assim, pela leitura do título e resumo excluíram-se 251 artigos, restando 27 artigos para leitura do texto integral. Obtiveram-se então 6 artigos para elaboração da síntese científica e análise crítica dos resultados.

**Figura 1 - Síntese da Estratégia de pesquisa eletrônica**



**Quadro 1 - Síntese das Evidências Científicas**

|   |   |
|---|---|
| <p><b>1) Improving the Postoperative Handover Process in the Intensive Care Unit of a Tertiary Teaching Hospital</b><br/> <b>Autores:</b> Jian-Guo Yang; Jun Zhang<br/> <b>País:</b> China<br/> <b>Fonte:</b> Journal of Clinical Nursing, 2016</p> |   |
| <b>Finalidade do Estudo</b>   | Melhorar a qualidade do processo de transição de cuidados e os resultados obtidos na segurança do doente crítico.   |
| <b>Tipo de Estudo</b>   | Estudo quantitativo, de intervenção e prospetivo  |
| <b>Amostra e Colheita de Dados</b>  | Foram incluídas duas amostras no estudo, 156 profissionais de saúde que integram uma Unidade de Cuidados Intensivos num Hospital Central e foram submetidos a uma intervenção para aplicação de um protocolo de transmissão de informação e analisadas 112 transmissões de informação, 56 antes da intervenção e 56 após. Os dados foram analisados utilizando o programa SPSS. |

|   |   |
|---|---|
| <b>Principais Resultados e Conclusões</b> | O protocolo de transmissão de informação incluiu 13 pontos chaves considerados importantes para a unidade em questão. Após aplicação da intervenção de implementação do protocolo de transmissão de informação, a passagem de informação de itens como dispositivos médicos, alergias, medicamentos e parâmetros ventilatórios passou de 75% para 93%, itens como informações sobre procedimentos já realizados passaram de 42% para 83% e o plano de cuidados a seguir passou de 49% para 94%. O trabalho em equipa também foi melhorado, uma vez que a comunicação e coordenação foi otimizada, beneficiando a priorização de intervenções e elaboração do plano individual de cuidados. Por fim, após a intervenção, a duração da ventilação mecânica diminuiu de forma significativa entre 5.1-3.3 horas ( $p=0.001$ ). Os autores perceberam que a existência de um protocolo de passagem de informação, enfatiza os aspetos importantes a transmitir na transferência de cuidados, com o intuito de evitar excesso de informação e facilitar a comunicação eficaz. Deste modo, recomendam a implementação de protocolos de transmissão de informação, melhorando a comunicação, o trabalho em equipa e os resultados para o doente crítico, dado que se assegura a correta e precisa transferência de cuidados. |
|---|---|

|  |  |
|--|--|
| <b>2) Comunicação Clínica (Handover) e Segurança dos Cuidados de Enfermagem: Revisão da Literatura</b> |  |
| <b>Autores:</b> Cláudia Brás; Manuela Ferreira   |  |
| <b>País:</b> Portugal  |  |
| <b>Fonte:</b> Millenium, 2016  |  |
| <b>Finalidade do Estudo</b>  | Identificar a relação entre a transmissão de informação e a segurança dos cuidados de Enfermagem   |
| <b>Tipo de Estudo</b>  | Estudo qualitativo e retrospectivo   |
| <b>Amostra e Colheita de Dados</b>   | Foram incluídos 8 artigos para análise qualitativa, que abordavam os seguintes aspetos: o processo de transmissão de informação, barreiras para uma comunicação efetiva e estratégias para promover uma transmissão de informação de qualidade.  |
| <b>Principais Resultados e Conclusões</b>  | Os autores relatam que uma passagem de informação não estruturada e informal cria discrepâncias entre a informação transmitida e a condição real do doente, por isso, a falta de estrutura, coesão e clareza contribui para a existência de problemas relacionados com a transição e cuidados. Perceberam ainda que ao utilizar uma metodologia para a transmissão de informação esta facilitava o estabelecimento de um diálogo e melhorava o trabalho em equipa, promovia uma comunicação mais eficaz assim como contribuía para a continuidade dos cuidados. Deste modo, os autores recomendam o uso de ferramentas estruturadas para a transmissão de informação, o que melhora as competências de comunicação e a segurança nos cuidados de saúde tanto para os doentes como para os profissionais. |

|   |   |
|---|---|
| <b>3) Comunicação no <i>Handoff</i> na Terapia Intensiva: Nexos com a Segurança do Paciente</b> |   |
| <b>Autores:</b> Grazielle Santos; Juliana Campos; Rafael Silva                                  |   |
| <b>País:</b> Brasil   |   |
| <b>Fonte:</b> Escola Anna Nery, 2018  |   |
| <b>Finalidade do Estudo</b>   | Descrever a evidência científica sobre a prática do <i>handoff</i> em Unidades de Cuidados Intensivos e a segurança da comunicação entre os membros da equipa |
| <b>Tipo de Estudo</b>   | Estudo qualitativo e retrospectivo  |

|   |   |
|---|---|
| <b>Amostra e Colheita de Dados</b>        | Foram incluídos 15 artigos, num espaço temporal de 10 anos, entre 2007 e 2016. Os artigos foram analisados com recurso a um instrumento de recolha de dados. Posteriormente os dados foram analisados de acordo com o seu conteúdo e confluência dos temas, o que permitiu constituir diferentes unidades de evidência relacionados com a segurança e comunicação.  |
| <b>Principais Resultados e Conclusões</b> | Através da análise dos resultados, percebeu-se que as falhas de comunicação ocorriam devido a informações erradas ou incompletas, relativamente ao plano de cuidados. Assim, a ausência de um padrão nas práticas de transmissão de informação contribuía para estes acontecimentos, logo referem que a utilização de instrumentos padronizados, testados e aplicados uniformemente levam a uma boa prática para promover a comunicação durante a transferência de cuidados. Contudo, para elaborar esse instrumento é importante analisar os fatores que influenciam a comunicação em cada cenário de forma a adapta-lo às características da unidade. Para além disso os profissionais devem estar sensíveis ao trabalho em equipa, comunicação e treino destas técnicas, corresponsabilizando-se pela segurança do doente crítico. Deste modo, os autores concluem que as falhas na comunicação durante a transmissão de informação afeta a qualidade da assistência, intervenções atrasadas, duplicadas ou feitas de maneira equivocada. Por esse motivo, as organizações de saúde devem promover o uso de instrumentos padronizados para otimizar o tempo de trabalho da equipa e garantir que as informações primordiais para a continuidade dos cuidados não são omitidas, contribuindo para um ambiente de saúde seguro, reduzindo os danos associados aos cuidados em saúde. |

#### **4) Improving Perceptions Of Patient Safety Through Standardizing Handoffs From The Emergency Department To The Inpatient Setting: A Systematic Review**

**Autores:** Darcy Alimenti; Sarah Buydos; Lindsay Cunliffe; Alexandra Hunt

**País:** EUA

**Fonte:** Journal American Association of Nurse Practitioners, 2019

|   |   |
|---|---|
| <b>Finalidade do Estudo</b>               | Avaliar a literatura existente sobre o impacto da transmissão de informação padronizada na segurança do doente crítico, entre o departamento de urgência e os internamentos.  |
| <b>Tipo de Estudo</b>                     | Estudo qualitativo e retrospectivo  |
| <b>Amostra e Colheita de Dados</b>        | Foi realizada uma pesquisa bibliográfica até 26 de Maio de 2018, em 4 bases de dados: PubMed, CINAHL, Embase e Web of Science. Este estudo incluiu 4 artigos, obtendo uma população de 245 participantes pré intervenção e 1228 pós intervenção.  |
| <b>Principais Resultados e Conclusões</b> | Os autores relatam que a evidência encontrada define a segurança do doente crítico de forma subjetiva, tendo em conta a percepção de segurança e não utilizando ferramentas mensuráveis objetivas. Contudo, os quatros estudos analisados identificam que uma transmissão de informação de sucesso e eficiente é vital para a segurança do doente. Deste modo, concluem que o processo de utilização de instrumentos para a transmissão de informação aumenta a percepção de segurança do paciente crítico. Todavia, é necessário treino das equipas para o uso de novas ferramentas, assim como tempo para as implementar, o que é dificultado pelo rápido ritmo do ambiente hospitalar. Por fim, concluem que de acordo com a evidência científica encontrada, o uso de uma metodologia padronizada aumenta a percepção de segurança do doente uma vez que torna a transmissão de cuidados mais eficiente, existindo ainda uma oportunidade de investigação mais aprofundada e objetiva nesta temática. |

#### **5) Improving Postoperative Handoff in a Surgical Intensive Care Unit**

**Autores:** Deborah Talley; Eleanor Dunlap; Dawn Silverman; Stephanie Katzer; Meredith Huffines; Dove

|   |   |
|---|---|
| Cindy; Megan Anders; Samuel Galvagno; Samuel Tisherman.<br><b>País:</b> EUA<br><b>Fonte:</b> American Association of Critical-Care Nurses, 2019 |   |
| <b>Finalidade do Estudo</b>   | Melhorar a segurança do doente crítico e satisfação do trabalho em equipa através da implementação de uma metodologia de comunicação para a transmissão de informação entre enfermeiros   |
| <b>Tipo de Estudo</b>   | Estudo quantitativo, de intervenção e prospetivo  |
| <b>Amostra e Colheita de Dados</b>  | Este projeto foi desenvolvido numa Unidade de Cuidados Intensivos de 24 camas entre Maio de 2015 e Maio de 2016. Incluiu 3 fases: a elaboração de um instrumento de transmissão de informação adequada ao serviço em questão, desenvolvimento de um processo formal de transição de cuidados e por fim, ensinamentos sobre instrumento desenvolvido durante reuniões e via e-mail. A intervenção teve início em Junho de 2015 e para isso foi desenvolvido um questionário pré intervenção e pós intervenção. Os dados foram analisados de forma quantitativa através do Microsoft Excel. O questionário de pré intervenção contou com a colaboração de 74 enfermeiros e o pós intervenção com 86.  |
| <b>Principais Resultados e Conclusões</b>   | Existiu um aumento significativo na perceção de inclusão dos enfermeiros durante a transmissão de informação antes e após a intervenção (42% vs 74%, $p < 0.001$ ). Para além disso, reportaram satisfação com o projeto implementado, melhorando os cuidados ao doente (88%), a comunicação entre a equipa multidisciplinar. Desta forma compreendeu-se que um processo formalizado de transição de cuidados melhora a comunicação e a segurança do doente crítico, o que vai de acordo com as <i>guidelines</i> internacionais. Os resultados deste projeto corroboram que a segurança do paciente depende da efetividade e coordenação dos cuidados entre a equipa multidisciplinar. Desta forma os autores concluem que a implementação de uma ferramenta de transmissão de informação aumentou a perceção de segurança do doente crítico e efetividade na comunicação. |

|   |  |
|---|--|
| <b>6) A systematic review on the structured handover interventions between nurses in improving patient safety outcomes</b><br><b>Autores:</b> Ming Xuan Bukoh; Chiew-Jiat Rosalind Siah.<br><b>País:</b> Singapura<br><b>Fonte:</b> Journal of Nursing Management, 2019 |  |
| <b>Finalidade do Estudo</b>   | Perceber de que forma a uma efetiva transmissão de informação estruturada melhora os resultados dos doentes  |
| <b>Tipo de Estudo</b>   | Estudo quantitativo e retrospectivo  |
| <b>Amostra e Colheita de Dados</b>  | Foi realizada uma revisão da literatura em 6 bases de dados: PubMed, EMBASE, COCHRANE Library, CINAHL, Scopus e Web of Science, sem limite temporal, resultando em 9 artigos de meta análise para integrar a síntese de evidência. Os artigos foram analisados com um instrumentos de recolha de dados, com o objetivo de analisar de forma estatística os resultados foi utilizado Review Manager 5.3.  |
| <b>Principais Resultados e Conclusões</b>   | Existem várias metodologias de transmissão de informação como SBAR, ICCCO, PCH e NHF. Os resultados do artigo apontam para uma diminuição no número de complicações, erros de medicação e eventos adversos no geral durante os turnos que se seguiram a uma transmissão de informação estruturada. Assim, apesar da falta de significado estatístico, os resultados indicam o potencial do uso de uma metodologia de transmissão de informação em assegurar a continuidade e efetividade dos cuidados, contribuindo para a segurança do doente. Os autores concluem que o uso da transmissão de informação estruturada durante a transição de cuidados melhora os resultados referentes à segurança do doente, uma vez que reduz a ocorrência de eventos adversos. |

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Com o intuito de contribuir para uma cultura de segurança do doente crítico nos cuidados de saúde, é imperativo melhorar o trabalho em equipa e a comunicação (Spooner, Chaboyer, Corley, Hammond & Fraser, 2013).

Um estudo levado a cabo por Yang and Zhang (2016) na China, que incluiu 156 profissionais de saúde, reconheceu que após a implementação de um protocolo de transmissão de informação com 13 pontos chave, existiu uma melhoria da comunicação, do trabalho em equipa e dos resultados para o doente crítico. Neste mesmo estudo, após realizada a intervenção de implementação do protocolo de passagem de informação, a transmissão de parâmetros como dispositivos médicos, alergias, medicamentos e ventilação passou de 75% para 93%, informações sobre os procedimentos realizados passou de 42% para 84% e o plano de cuidados a seguir passou de 49% para 94%.

Da mesma forma, uma análise qualitativa da literatura, relatou que a transmissão de informação não estruturada cria, muitas vezes, discrepâncias entre o que é transmitido e a condição real do doente. Dessa forma, Brás and Ferreira (2016) relatam que a falta de estrutura, coesão e clareza na comunicação, contribuem para o aparecimento de problemas relacionados com a transição de cuidados. Assim, no seu estudo, indicam que o uso de uma metodologia de transmissão de informação facilita o dialogo e uma comunicação eficaz, contribuindo para a continuidade e segurança dos cuidados de saúde, tanto para os doentes como para os profissionais.

A análise da literatura de Santos et al. (2018), que incluiu 15 artigos refere que as falhas de comunicação ocorriam devido a informações erradas ou incompletas, o que era potenciado pela ausência de um padrão de transmissão de informação. Deste modo, os autores incentivam a utilização de ferramentas de comunicação padronizadas, testadas e aplicadas de forma uniforme com o intuito de promover a comunicação durante a transferência de cuidados críticos (Santos et al., 2018). Estes resultados vão de acordo com Peters (2017), que menciona que a inconsistência nas transmissões de informação provocadas pela falta de prática padronizada entre enfermeiros e a extensão e complexidade das necessidades do doente crítico, contribui para falhas nas informações necessárias para garantir a coordenação dos cuidados.

Todavia, Alimenti, Buydos, Cunliffe and Hunt (2019), destacam também que a perceção de segurança do doente crítico é relatada de forma subjetiva, não utilizando ferramentas objetivas para avaliação deste parâmetro. Contudo, apesar de ser necessário tempo e treino para a implementação de protocolos de transmissão de informação, o uso destas

metodologias torna a transmissão de cuidados mais eficiente, o que é vital para a segurança do doente.

Evidencia-se que o tipo de instrumento de comunicação deve ser analisado de acordo com as características do cenário a aplicar (Santos et al., 2018). De todas as formas um processo formalizado de transmissão de informação vai de acordo com as *guidelines* internacionais (Talley et al., 2019). Assim, num projeto realizado por Talley et al. (2019) para a implementação de uma metodologia padronizada de transmissão de informação, demonstrou que a segurança do doente crítico depende da efetividade e coordenação dos cuidados entre a equipa multidisciplinar, existindo um aumento significativo na perceção de inclusão dos enfermeiros durante a transmissão de informação, uma satisfação com o projeto implementado, melhores cuidados ao doente e melhor comunicação entre a equipa. Contudo, os profissionais devem estar sensíveis ao trabalho em equipa, à comunicação e ao treino de técnicas de transmissão de informação, corresponsabilizando-se pela segurança do doente crítico (Santos et al., 2018).

De acordo com Troyer and Brady (2020) fatores ambientais, memória insuficiente, perda e degradação da informação foram identificados em 33% como barreiras a uma transmissão de informação eficaz. Portanto, tendo em conta que as falhas de comunicação influenciam a qualidade dos cuidados, as organizações de saúde devem promover o uso de instrumentos padronizados de forma a garantir um ambiente seguro e reduzir os eventos adversos associados aos cuidados em saúde (Santos et al., 2018).

Assim, vários estudos demonstram uma diminuição no números de complicações, erros de medicação e riscos no geral durante os turnos que se seguiram a uma transmissão de informação estruturada, deste modo, apesar da falta de significado estatísticos, Bukoh and Siah (2019), indicam o potencial do uso de uma metodologia de transmissão de informação em assegurar a continuidade e efetividades dos cuidados, contribuindo dessa forma para a segurança do doente. Os autores defendem o uso de uma transição de cuidados estruturada, uma vez que melhora os resultados referentes à segurança do doente e reduz a ocorrência de eventos adversos.

## **CONCLUSÃO**

A transmissão de informação é um evento que ocorre frequentemente durante os cuidados, sendo um momento de risco para a segurança do doente uma vez que existem diversos fatores que podem levar a informações imprecisas, incompletas ou incompreendidas (Birmingham, Buffum, Blegen & Lyndon, 2015). Assim, com o intuito de

enaltecer os cuidados de enfermagem e torná-los mais seguros, é essencial valorizar a riqueza das informações que são transmitidas, tendo em vista as práticas nos diferentes contextos (Brás & Ferreira, 2016).

A comunicação é portanto um fator essencial na promoção da continuidade dos cuidados, sendo a base de uma intervenção de enfermagem de excelência (Brás & Ferreira, 2016). Para além disso, uma transmissão de informação de qualidade contribui para o rápido reconhecimento de mudanças no doente crítico, antecipando riscos e instabilidades (Birmingham et al., 2015).

Assim, a padronização do processo de transferência clínica, incute benefícios na redução dos riscos de segurança do doente crítico, melhorando o processo de transição de cuidados (Graan, Botti, Wood & Redley, 2015).

Desta forma, as comunicações e resultados analisados nesta revisão integrativa da literatura dão suporte à noção de que a utilização de uma metodologia de transmissão de informação tem uma relação positiva com a segurança do doente crítico, uma vez que promove uma transição de cuidados de qualidade, diminuindo a possibilidade de ocorrência de erros e eventos adversos. Conclui-se que a utilização de uma metodologia de transmissão de informação influencia de forma benéfica a segurança do doente crítico.

No entanto, no que respeita a qual a melhor estratégia para os processos de transmissão de informação, não existe um método que seja unanimemente aceite como o mais eficaz, sendo que este deve ser adaptado às diferentes realidades (Staggers & Blaz, 2012).

Todavia, percebe-se que os estudos experimentais e de meta-análise recentes que vão de encontro à questão de investigação são limitados. Para além disso, na evidência científica encontrada, conclui-se não existir uma objetiva definição da influência da passagem de informação estruturada e a segurança do doente crítico, mas sim uma percepção óbvia na sua preponderância positiva. Deste modo, pretende-se gerar reflexão e incentivar o desenvolvimento de novas pesquisas com o objetivo de apurar de forma clara e mensurável o aumento da segurança dos doentes, nas instituições de saúde, com a implementação de metodologias de transmissão de informação.

Por fim, considera-se também como limitação a impossibilidade de aceder a alguns artigos de forma completa e gratuita, o que restringe o acesso à informação.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alimenti, D.; Buydos, S.; Cunliffe, L. & Hunt, A. (2019). Improving perceptions of patient safety through standardizing handoffs from the emergency department to the inpatient setting: a systematic review. (2019). *Journal of American Association of Nurse Practitioners*, 31(6), 354-363.

Birmingham, P.; Buffum, M.; Blegen, M. & Lyndon, A. (2015). Handoffs and patient safety: grasping the story and painting a full picture. *Western Journal of Nursing Research*, 37(11), 1458-1478.

Brás, C. & Ferreira, M. (2016). Comunicação clínica (handover) e segurança dos cuidados de enfermagem: revisão da literatura. *Millenium*, 2(1), 117-124.

Bukoh, M & Siah, C. (2019). A systematic review on the structured handover interventions between nurses in improving patient safety outcomes. *Journal of Nursing Management*, 28, 744-755.

Despacho n.º 1400-A/2015 (10 de Fevereiro de 2015). Diário da República: 2.ª série, n.º28, 3882(2)-3882(10)

Direção Geral de Saúde. (2011). Estrutura concetual da classificação internacional sobre segurança do doente: relatório técnico. 1-142.

Figueiredo, A.; Potra, T. & Lucas, P. (2020). Transição de cuidados de enfermagem: ISBAR na promoção da segurança dos doentes - revisão scoping. *Ámbitos Revista Internacional de Comunicación*, 49, 32-48.

Graan, S.; Botti, M.; Wood, B. & Redley, B. (2015). Nursing handover from ICU to cardiac ward: standardised tools to reduce safety risks. *Australian College of Critical Care Nurse*, Elsevier, 1-7.

Kowitlawakul, Y.; Leong, B.; Lua, A.; Aroos, R.; Wong, J.; Koh, N., ... Mukhopadhyay, A. (2015). Observation of handover process in an intensive care unit (ICU): barriers and quality improvement strategy. *Internacional Journal for Quality in Health Care*, 27(2), 99-104.

Norma n.º 001/2017 (08 de Fevereiro de 2017). Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde.

Park, L. (2020). Using the SBAR handover tool. *British Journal of Nursing*, 29(14), 812-813.

- Peters, J. (2017). Role of transitional care measure in the prevention of readmission after critical illness. *American Association of Critical Care Nurse*, 37(1), 10-17.
- Santos, G.; Campos, J. & Silva, R. (2018). Comunicação no *handoff* na terapia intensiva: nexos com a segurança do paciente. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 22(2), 1-12.
- Spooner, A.; Chaboyer, W.; Corley, A.; Hammond, N. & Fraser, J. (2013). Understanding current intensive care unit nursing handover practices. *Internacional Journal of Nursing Practice*, 19, 214-220.
- Staggers, N. & Blaz, J. (2012). Research on nursing handoffs for medical and surgical settings: an integrative review. *Journal of advanced nursing*, 1-16.
- Talley, D.; Dunlap, E.; Silverman, D.; Katzer, S.; Huffines, M., Dove, C., ... Tisherman, S. (2019). *American Association of Critical Care Nurses*, 39(5), 13-21.
- The Joint Comission. (2017). Inadequate hand-off communication. *Sentinel Event Alert*, 1-6.
- Troyer, L. & Brady, W. (2020). Barriers to effective EMS to emergency department information transfer at patient handover: A systematic review. *American Journal of Emergency Medicine*, Elsevier, 1-10.
- Vilelas, J. (2017). *Investigação – O processo de construção do conhecimento*, 2ª edição. Lisboa: Edições Sílabo.
- Wong, X.; Tung, Y.; Peck, S. & Goh, M. (2019). Clinical nursing handovers for continuity of safe patient care in adult surgical ward: a best practice implementation project. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 17(5), 1003-1015.
- World Health Organization & The Joint Comission. (2007). Patient Safety Solutions Preamble. 1-3.
- World Health Organization. (2017). Patient safety: Making health care safer. 1-20.
- Yang, J. & Zhang, J. (2016). Improving the postoperative handover process in the intensive care unit of a tertiary teaching hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 1062-1072.



**Apêndice IV: "O Uso de uma Metodologia de Transmissão de Informação no Serviço de Urgência e a Segurança do Doente Crítico"**



## **O USO DE UMA METODOLOGIA DE TRANSMISSÃO DE INFORMAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA E A SEGURANÇA DO DOENTE CRÍTICO**

*Ana Catarina Vaz Ferreira*

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2011), a comunicação é um processo interativo em que existe o envio e receção de informação, através de comportamentos verbais e não verbais, face a face ou utilizando meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados.

Em Enfermagem, a comunicação desempenha um papel fundamental sobre a qualidade dos cuidados prestados o que influencia a saúde dos utilizadores dos serviços de saúde (Brás & Ferreira, 2016). Desta forma, a evidência demonstra que uma comunicação eficaz permite a satisfação do utente, adesão aos cuidados de saúde e portanto melhores resultados (Brás & Ferreira, 2016; Mourão, Albuquerque, Silva, Oliveira & Fernandes, 2009; Queiroz et al., 2012)

A passagem de turno em enfermagem é um momento de reunião que tem como objetivo assegurar a continuidade dos cuidados, através da transmissão de informação, com o intuito de promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, enquanto momento de análise das práticas e de formação em serviço (Parecer CJ/20, 2001).

De acordo com a World Health Organization e The Joint Commission (2007), as falhas durante a transmissão de informação foram identificadas como a principal causa de ocorrência de eventos adversos, assim, emergem de forma global diversas iniciativas que abordam a passagem de informação clínica.

A Direção Geral de Saúde (2011) define segurança do doente como a redução dos danos causados a este, através dos cuidados de saúde que lhe são prestados, para um mínimo aceitável, tendo em conta os recursos disponíveis, o conhecimento atual envolvido e o contexto clínico em que esses cuidados ocorrem. A segurança é um princípio fundamental nos serviços de saúde, contudo prestar cuidados seguros em ambientes complexos é uma meta difícil para as equipas multidisciplinares (World Health Organization, 2017).

A nível internacional a evidência indica que até 70% de eventos adversos ocorrem por falhas na comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados (Norma 001/2017). Estas falhas estão muitas vezes relacionadas com a omissão ou erro nas informações, falta de precisão e falta de priorização das atividades. Logo, a comunicação eficaz na transição dos cuidados é imperativa para

melhorar a segurança do doente e diminuir a ocorrência de eventos adversos (Norma 001/2017).

Em Portugal, com o intuito de responder à Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde, desenvolve-se o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, concebido para apoiar a definição de objetivos e metas de gestão de riscos associados aos cuidados de saúde, tendo em conta que a segurança do doente é da responsabilidade de toda a equipa interdisciplinar (Despacho n.º 1400-A/2015).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes declara a comunicação como um aspeto fundamental para a segurança do doente, principalmente nas transferências de responsabilidade da prestação de cuidados, como nas mudanças de turno, transferências intra e interhospitalar e altas. Deste modo as instituições devem "implementar procedimentos normalizados para assegurar uma comunicação precisa e atempada de informações entre os profissionais de saúde, evitando lacunas na comunicação" (Despacho n.º 1400-A/2015, pp.3882-(3)).

Seguindo estas orientações, a Direção Geral de Saúde elaborou em 2017 uma norma para uma comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, com recurso a uma ferramenta de comunicação ISBAR, possível de aplicar a todos os níveis de prestação de cuidados em que seja necessário ocorrer a transição de cuidados (Norma 001/2017).

O ISBAR é uma mnemónica que proporciona uma estrutura padronizada a seguir no processo de transmissão de informações, de forma sucinta e concisa, podendo ser aplicada na comunicação verbal ou por escrito (Burgess, Diggele, Roberts & Mellis, 2020; Shahid & Thomas, 2018). Esta estratégia facilita a organização e troca de informação, contudo é necessário treino para uma aplicação eficiente. A ferramenta ISBAR é simplificada em I – Identificação dos intervenientes assim como do doente a quem diz respeito a passagem de informação, S – Situação atual, ou seja motivo da necessidade de cuidados, A – Antecedentes, descrição de factos clínicos passados relevantes, A – Avaliação, informações sobre o estado de saúde do doente e R – Recomendações, descrição de atitudes e plano terapêutico (Norma 001/2017).

Os Serviços de Urgência são, na maioria das vezes, a porta de entrada no Serviço Nacional de Saúde (SNS), com um funcionamento de 24 horas por dia, e tem como objetivo a receção, diagnóstico e tratamento da vítima de doença súbita ou acidentados, que precisem de atendimento imediato em meio hospitalar (ACSS, 2015; Direção Geral de Saúde, 2001). Estes serviços funcionam como a interface entre os diferentes níveis do

sistema de saúde, onde o seu funcionamento e articulação tem um impacto fundamental na qualidade dos cuidados prestados aos doentes críticos (Pereira et al., 2019).

Tendo em conta a exigência inerente aos Serviços de Urgência, pela elevada afluência, gravidade e multiplicidade de tarefas a desempenhar, existe uma grande propensão para falhas de comunicação o que contribui para a ocorrência de incidentes relacionados com a segurança do doente (Haryono, Nursalam & Hasinudin, 2019)

Assim, as potenciais consequências das falhas de comunicação incluem aumento do tempo de permanência, redundâncias de exames, aumento dos custos de saúde, imprecisão nos diagnósticos, erros de medicação e aumento da negligência (Alimenti, Buydos, Cunliffe & Hunt, 2019)

Num estudo realizado por Pun, Matthiessen, Murray and Slade (2015), descreveu os fatores que afetam a comunicação na equipa de um Serviço de Urgência, destes faziam parte informação inadequada dada aos médicos e enfermeiros, a pressão do número elevado de doentes atribuídos por profissional de saúde, as longas horas de trabalho e as altas expectativas criadas pelos doentes.

Deste modo, o objetivo desta intervenção é sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância de uma transmissão de informação correta, tendo em vista que o uso de uma metodologia facilita este processo, aumentando assim a segurança do doente. Pretende-se ainda alertar para a importância de mais contributos nesta temática e quem sabe gerar reflexão e novos protocolos de transmissão de informação para os Serviços de Urgência.

## **O QUE DIZ A EVIDÊNCIA SOBRE A TRANSMISSÃO DE INFORMAÇÃO E A SEGURANÇA DO DOENTE...**

Com o intuito de contribuir para uma cultura de segurança do doente crítico nos cuidados de saúde, é imperativo melhorar o trabalho em equipa e a comunicação (Spooner, Chaboyer, Corley, Hammond & Fraser, 2012).

Um estudo levado a cabo por Yang and Zhang (2016) na China, que incluiu 156 profissionais de saúde, reconheceu que após a implementação de um protocolo de transmissão de informação com 13 pontos-chave, existiu uma melhoria da comunicação, do trabalho em equipa e dos resultados para o doente. Neste mesmo estudo, após realizada a intervenção de implementação do protocolo de passagem de informação, a transmissão de parâmetros como dispositivos médicos, alergias, medicamentos e

ventilação passou de 75% para 93%, informações sobre os procedimentos realizados passou de 42% para 84% e o plano de cuidados a seguir passou de 49% para 94%.

Da mesma forma, uma análise qualitativa da literatura, relatou que a transmissão de informação não estruturada cria, muitas vezes, discrepâncias entre o que é transmitido e a condição real do doente. Dessa forma, Brás and Ferreira (2016) relatam que a falta de estrutura, coesão e clareza na comunicação, contribuem para o aparecimento de problemas relacionados com a transição de cuidados. Assim, no seu estudo, indicam que o uso de uma metodologia de transmissão de informação facilita o diálogo e uma comunicação eficaz, contribuindo para a continuidade e segurança dos cuidados de saúde, tanto para os doentes como para os profissionais.

A análise da literatura de Santos, Campos e Silva (2018), que incluiu 15 artigos refere que as falhas de comunicação ocorriam devido a informações erradas ou incompletas, o que era potenciado pela ausência de um padrão de transmissão de informação. Deste modo, os autores incentivam a utilização de ferramentas de comunicação padronizadas, testadas e aplicadas de forma uniforme com o intuito de promover a comunicação durante a transferência de cuidados (Silva, Campos & Silva, 2018). Estes resultados vão de acordo com Peters (2017), que menciona que a inconsistência nas transmissões de informação provocadas pela falta de prática padronizada entre enfermeiros e a extensão e complexidade das necessidades do doente crítico, contribui para falhas nas informações necessárias para garantir a coordenação dos cuidados.

Todavia, Alimenti, Buydos, Cunliffe and Hunt (2019), destacam também que a perceção de segurança do doente é relatada de forma subjetiva, não utilizando ferramentas objetivas para avaliação deste parâmetro. Contudo, apesar de ser necessário tempo e treino para a implementação de protocolos de transmissão de informação, o uso destas metodologias torna a transmissão de cuidados mais eficiente, o que é vital para a segurança do doente.

Evidencia-se que o tipo de instrumento de comunicação deve ser analisado de acordo com as características do cenário a aplicar (Santos, Campos & Silva, 2018). De todas as formas um processo formalizado de transmissão de informação vai de acordo com as *guidelines* internacionais (Talley et al., 2019). Assim, num projeto realizado por Talley et al. (2019) para a implementação de uma metodologia padronizada de transmissão de informação, demonstrou que a segurança do doente depende da efetividade e coordenação dos cuidados entre a equipa multidisciplinar, existindo um aumento significativo na perceção de inclusão dos enfermeiros durante a transmissão de informação, uma satisfação com o projeto implementado, melhores cuidados ao doente e

melhor comunicação entre a equipa. Contudo, os profissionais devem estar sensíveis ao trabalho em equipa, à comunicação e ao treino de técnicas de transmissão de informação, corresponsabilizando-se pela segurança do doente (Santos, Campos & Silva, 2018).

De acordo com Troyer and Brady (2020) fatores ambientais, memória insuficiente, perda e degradação da informação foram identificados em 33% como barreiras a uma transmissão de informação eficaz. Portanto, tendo em conta que as falhas de comunicação influenciam a qualidade dos cuidados, as organizações de saúde devem promover o uso de instrumentos padronizados de forma a garantir um ambiente seguro e reduzir os eventos adversos associados aos cuidados em saúde (Santos, Campos & Silva, 2018).

Assim, vários estudos demonstram uma diminuição no números de complicações, erros de medicação e riscos no geral durante os turnos que se seguiram a uma transmissão de informação estruturada, deste modo, apesar da falta de significado estatísticos, Bukoh and Siah (2019), indicam o potencial do uso de uma metodologia de transmissão de informação em assegurar a continuidade e efetividades dos cuidados, contribuindo dessa forma para a segurança do doente. Os autores defendem o uso de uma transição de cuidados estruturada, uma vez que melhora os resultados referentes à segurança do doente e reduz a ocorrência de eventos adversos.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Administração Central do Sistema de Saúde (2015). *Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências*. Ministério da Saúde, 1-50.

Alimenti, D.; Buydos, S.; Cunliffe, L. & Hunt, A. (2019). Improving perceptions of patient safety through standardizing handoffs from the emergency department to the inpatient setting: a systematic review. (2019). *Journal of American Association of Nurse Practitioners*, 31(6), 354-363.

Brás, C. & Ferreira, M. (2016). Comunicação clínica (handover) e segurança dos cuidados de enfermagem: revisão da literatura. *Millenium*, 2(1), 117-124.

Bukoh, M & Siah, C. (2019). A systematic review on the structured handover interventions between nurses in improving patient safety outcomes. *Journal of Nursing Management*, 28, 744-755.

Burgess, A.; Diggle, C.; Roberts, C. & Mellis, C. (2020). Teaching clinical handover with ISBAR. *BMC Medical Education*, 20(2), 459-467.

Despacho n.º 1400-A/2015 (10 de Fevereiro de 2015). Diário da República: 2.ª série, n.º28, 3882(2)-3882(10)

Direção Geral de Saúde (2001). Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência. 1-24.

Direção Geral de Saúde. (2011). Estrutura concetual da classificação internacional sobre segurança do doente: relatório técnico. 1-142.

Haryono, M.; Nursalam, N. & Hasinudin, M. (2019). Developing Sbar effective communication instrument in emergency handover at emergency department of Hajj hospital in Surabaya. *Indian Journal of Public Health Research and Development*, 10(10), 688-691.

Mourão, C.; Albuquerque, A.; Silva, A.; Oliveira, M. & Fernandes, A. (2009). Comunicação em enfermagem: uma revisão bibliográfica. *Revista Rene Fortaleza*, 10(3), 139-145.

Norma n.º 001/2017 (08 de Fevereiro de 2017). Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Classificação internacional para a prática de enfermagem: CIPE versão 2011. 1-212.

Parecer CJ/20. (2001). Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias. 1-3.

Pereira, A.; Corredoura, A.; Garrido, A.; Marques, A.; Próspero, F.; Sousa, F., ... Cruz, D. (2019). Relatório Grupo Trabalho - Serviços de Urgências. 1-36.

Peters, J. (2017). Role of transitional care measure in the prevention of readmission after critical illness. *American Association of Critical Care Nurse*, 37(1), 10-17.

Pun, J.; Matthiessen, C.; Murray, K. & Slade, D. (2015). Factors affecting communication in emergency departments: doctors and nurses' perceptions of communication in a trilingual ED in Hong Kong. *Internacional Journal of Emergency Medicine*, 8(48), 1-12.

Queiroz, A.; Barcelos, E.; Galvan, E.; Oliveira, F.; Furtado, V. & Vicente, A. (2012). A importância da comunicação em enfermagem no cuidado com o cliente. 1-6.

Santos, G.; Campos, J. & Silva, R. (2018). Comunicação no *handoff* na terapia intensiva: nexos com a segurança do paciente. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 22(2), 1-12.

Shahid, S. & Thomas, S. (2018). Situation, background, assessment, recommendation (SBAR) communication tool for handoff in health care - a narrative review. *Safety in Health*, 4(7), 1-9.

Spooner, A.; Chaboyer, W.; Corley, A.; Hammond, N. & Fraser, J. (2013). Understanding current intensive care unit nursing handover practices. *Internacional Journal of Nursing Practice*, 19, 214-220.

Talley, D.; Dunlap, E.; Silverman, D.; Katzer, S.; Huffines, M., Dove, C., ... Tisherman, S. (2019). *American Association of Critical Care Nurses*, 39(5), 13-21.

Troyer, L. & Brady, W. (2020). Barriers to effective EMS to emergency department information transfer at patient handover: A systematic review. *American Journal of Emergency Medicine*, Elsevier, 1-10.

World Health Organization & The Joint Commission. (2007). Patient Safety Solutions Preamble. 1-3.

World Health Organization. (2017). Patient safety: Making health care safer. 1-20.

Yang, J. & Zhang, J. (2016). Improving the postoperative handover process in the intensive care unit of a tertiary teaching hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 1062-1072.



## **Apêndice V: Plano de sessão de formação em Serviço de Urgência**



## PLANO DE SESSÃO ONLINE

**Formador:** Ana Ferreira **Data:** 27/01/2020 **Local:** SU - Online **Duração:** 15 min.

**Tema:** Transmissão de Informação no Serviço de Urgência **Público-alvo:** Enfermeiros SU

**Objetivos Gerais:** Promover a consolidação de conhecimentos sobre a transmissão de informação

**Objetivos Específicos:** Reconhecer a importância de uma correta transmissão de informação; Conhecer a metodologia ISBAR; Reconhecer as metodologias de transmissão de informação como estratégia para o aumento da segurança do doente.

| Fases           | Conteúdos Programáticos  | Metodologia Pedagógica | Recursos Didáticos | Avaliação | Tempo   |
|-----------------|--|------------------------|--------------------|-----------|---------|
| Introdução      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação do formador;</li> <li>- Definição dos objetivos;</li> <li>- Apresentação do tema.</li> </ul>   | Expositiva             | - Computador;      |           | 3,5 min |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evidência na transmissão de informação;</li> <li>- Metodologia ISBAR;</li> <li>- Exemplo do uso de ISBAR;</li> <li>- Sugestões de aplicação.</li> </ul> | Expositiva             | - Computador;      |           | 8 min   |
| Conclusão       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Síntese dos conteúdos;</li> <li>- Avaliação da sessão.</li> </ul>   | Expositiva             | - Questionário     |           | 3,5 min |



**Apêndice VI: Apresentação PowerPoint "Transmissão de Informação no Serviço de Urgência"**





# TRANSMISSÃO DE INFORMAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Estágio Final e Relatório

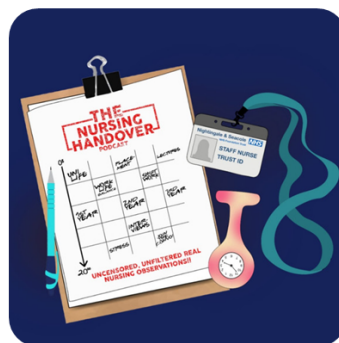
Trabalho realizado por: Ana Ferreira

Sob Orientação de: Profª Doutora Amélia Ferreira

Porto, Fevereiro 2021

## 1. Objetivos da sessão

- Reconhecer a importância de uma correta transmissão de informação;
- Conhecer a metodologia ISBAR;
- Reconhecer as metodologias de transmissão de informação como estratégia para o aumento da segurança do doente.



## 2. Contextualização



Qual a influência do uso de uma metodologia de transmissão de informação na segurança do doente crítico?

### 3. A Evidência

Received 11 July 2019 | Revised 4 December 2019 | Accepted 14 December 2019  
DOI: 10.1111/jocn.15094

REVIEW ARTICLE

WILEY

A systematic review on the structured handover interventions between nurses in improving patient safety outcomes

Ming Xuan Bukoh BHN, RN, Staff Nurse<sup>1</sup> | Chiew Jiat Rosalind Slah PhD, RN, Lecturer<sup>2</sup> 

Review - Systematic **JAANP**

Improving perceptions of patient safety through standardizing handoffs from the emergency department to the inpatient setting: a systematic review

Darcy Almeida, MD, RN, OCN, AGACNP-BC, Sarah Bryant, MD, RN, CCRN, ACNP-AG, Lindsay Corbett, MPH, MD, RN, AGACNP-BC, & Alexandria Hunt, MD, RN, AGACNP-BC

Est. Anna Hery 2019.2020:420170208

REVISÃO REVIEW

EEAN

Comunicação no handoff na terapia intensiva: nexos com a segurança do paciente

Handoff communication in intensive care: links with patient safety

Comunicación en el handoff de terapia intensiva: nexos con la seguridad del paciente

Gracielle Rezende da Silva dos Santos<sup>1</sup> |

Adriana Faria Campos<sup>2</sup> |

Rafael Cabral da Silva<sup>3</sup>

RESUMO

Objetivo: Levantar as evidências científicas sobre a prática do handoff no ambiente de terapia intensiva quanto à segurança de comunicação entre os membros do equipe sobre o paciente hospitalizado. Método: Revisão integrativa, com bases Medline.

JCN Journal of Clinical Nursing

Journal of Clinical Nursing

ORIGINAL ARTICLE

Improving the postoperative handover process in the intensive care unit of a tertiary teaching hospital

Juan-Cao Yang and Jun Zhang

### Improving Postoperative Handoff in a Surgical Intensive Care Unit

Deborah A. Talley, MS, MPH, ACNP  
Eleanor Dunlap, MS, ACNP  
Dawn Silverman, MS, ACNP  
Stephanie Kattar, MS, ACNP  
Meredith Huffines, MS, RN  
Cindy Dove, MS, RN  
Megan Anders, MD, MS  
Samuel M. Galvagno, DO, PhD  
Samuel A. Tisherman, MD

Millennium, 2(1), 117-124.

COMUNICAÇÃO CLÍNICA (HANDOVER) E SEGURANÇA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: REVISÃO DA LITERATURA  
CLINICAL COMMUNICATION (HANDOVER) AND SAFETY OF NURSING CARE: A LITERATURE REVIEW  
COMUNICACIÓN CLÍNICA (HANDOVER) Y SEGURIDAD DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA: REVISIÓN DE LA LITERATURA

Cláudia Brial<sup>1</sup> |

Mônica Ferreira<sup>2</sup>

CATOLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Fevereiro, 2021

5

### 3. A Evidência



CATOLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Fevereiro, 2021

6

## 4. ISBAR



### NORMA

NÚMERO: 001/2017

DATA: 08/02/2017

Francisco  
Henrique  
Moura George

Digitally signed by Francisco Henrique Moura George DN: cn=Francisco Henrique Moura George, o=Direção-Geral da Saúde, ou=Francisco Henrique Moura George, email=Francisco.Henrique.Moura.George@dgsgov.pt, c=PT

ASSUNTO: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde  
PALAVRAS-CHAVE: Segurança do doente; Transição de cuidados; Comunicação eficaz, ISBAR  
PARA: Profissionais de Saúde do Sistema de Saúde  
CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde ([dqs@dgs.min-saude.pt](mailto:dqs@dgs.min-saude.pt))

**I** **Identificação:** dos intervenientes e do doente

**S** **Situação atual:** descrição do motivo da necessidade de cuidados

**B** **Antecedentes:** factos clínicos anteriores relevantes

**A** **Avaliação:** informações sobre o estado de saúde do doente e estratégias de tratamento

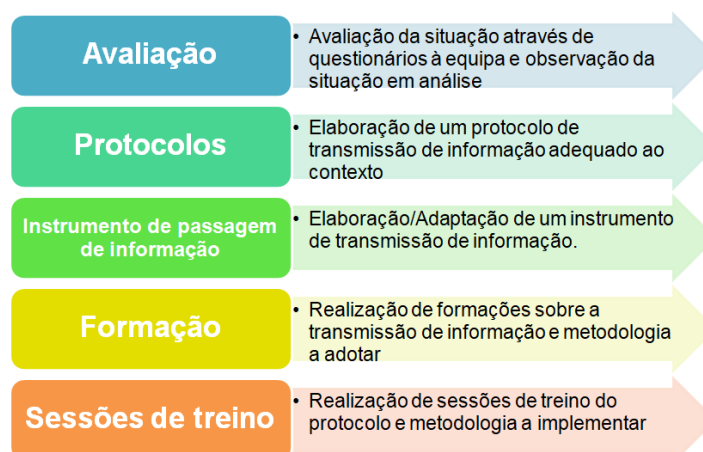
**R** **Recomendações:** Descrição de atitudes e plano terapêutico adequado à situação

## 5. Exemplo



- ✓ **I:** Boa tarde, sou a Enfermeira Ana e recebi o Sr. Manuel de 57 anos na SE;
- ✓ **S:** Foi nos trazido pelo INEM, após ativação da Via Verde de AVC;
- ✓ **B:** Tem como antecedentes relevantes hipertensão arterial, dislipidemia e alergia conhecida à penicilina;
- ✓ **A:** À nossa avaliação vigil e orientado em todos os domínios e sem compromisso das funções vitais. Apresenta desvio da comissura labial e hemiparesia esquerda, com início dos sintomas agora há 60 minutos. Realizou TAC Cerebral e trombólise para peso de 80 kg. Colheu análises, tem dois CVP no MSD e foi algaliado com uma Foley 16Ch.
- ✓ **R:** Neste momento o plano será manter vigilância hemodinâmica e controlo dos défices até nova avaliação por parte da neurologia. Obrigada.

## 6. Sugestões



## 7. Notas Finais



11

## Referências Bibliográficas

- Alimenti, D.; Buydos, S.; Cunliffe, L. & Hunt, A. (2019). Improving perceptions of patient safety through standardizing handoffs from the emergency department to the inpatient setting: a systematic review. (2019). *Journal of American Association of Nurse Practitioners*, 31(6), 354-363.
- Brás, C. & Ferreira, M. (2016). Comunicação clínica (handover) e segurança dos cuidados de enfermagem: revisão da literatura. *Milennium*, 2(1), 117-124.
- Bukoh, M & Siah, C. (2019). A systematic review on the structured handover interventions between nurses in improving patient safety outcomes. *Journal of Nursing Management*, 28, 744-755.
- Burgess, A.; Diggle, C.; Roberts, C. & Mellis, C. (2020). Teaching clinical handover with ISBAR. *BMC Medical Education*, 20(2), 459-467.
- Direção Geral de Saúde. (2011). Estrutura conceitual da classificação internacional sobre segurança do doente: relatório técnico. 1-142.
- Haryono, M.; Nursalam, N. & Hasinudin, M. (2019). Developing Sbar effective communication instrument in emergency handover at emergency department of Haji hospital in Surabaya. *Indian Journal of Public Health Research and Development*, 10(10), 688-691.
- Norma n.º 001/2017 (08 de Fevereiro de 2017). Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde.
- Pun, J.; Matthiessen, C.; Murray, K. & Slade, D. (2015). Factors affecting communication in emergency departments: doctors and nurses' perceptions of communication in a trilingual ED in Hong Kong. *International Journal of Emergency Medicine*, 8(48), 1-12.
- Santos, G.; Campos, J. & Silva, R. (2018). Comunicação no handoff na terapia intensiva: nexos com a segurança do paciente. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 22(2), 1-12.
- Talley, D.; Dunlap, E.; Silverman, D.; Katzer, S.; Huffines, M., Dove, C., ... Tisherman, S. (2019). *American Association of Critical Care Nurses*, 39(5), 13-21.
- World Health Organization & The Joint Commission. (2007). Patient Safety Solutions Preamble. 1-3.
- World Health Organization. (2017). Patient safety: Making health care safer. 1-20.
- Yang, J. & Zhang, J. (2016). Improving the postoperative handover process in the intensive care unit of a tertiary teaching hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 1062-1072.

Fevereiro, 2021

12

**Apêndice VII: Questionário de avaliação de formação em Serviço de Urgência**



## Questionário de Avaliação Pedagógica

### *Transmissão de Informação no Serviço de Urgência*

Sessão: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Formador/a: \_\_\_\_\_

A sua opinião sobre esta sessão que terminou é muito importante, pois permite desencadear um processo de melhoria contínua e avaliação. Por favor, marque um (X) à frente de cada um dos parâmetros abaixo indicados, numa escala de 1 a 5 valores, sendo atribuído ao valor 1 "Insuficiente" e ao valor 5 "Excelente" conforme a sua opinião.

- |  | Insuficiente 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Excelente |
|--|----------------|---|---|---|-------------|
| <b>1. Conteúdos e Métodos</b>  |                |   |   |   |             |
| - Os conteúdos da sessão de formação foram úteis e interessantes.....      | •              | • | • | • | •           |
| - Os conhecimentos adquiridos são aplicáveis na sua função.....            | •              | • | • | • | •           |
| - Métodos utilizados adequados.....  | •              | • | • | • | •           |
| <b>2. Desempenho do formador/a</b>   |                |   |   |   |             |
| - Domínio e clareza na exposição dos conteúdos.....                        | •              | • | • | • | •           |
| - Estimulo à participação dos formandos.....                               | •              | • | • | • | •           |
| - O formador respondeu às necessidades dos formandos.....                  | •              | • | • | • | •           |
| <b>3. Instalações</b>  |                |   |   |   |             |
| - Qualidade e adequação das instalações e equipamentos.....                | •              | • | • | • | •           |
| <b>4. Avaliação Global da Formação</b>                                     |                |   |   |   |             |
| - Os objetivos propostos foram cumpridos.....                              | •              | • | • | • | •           |
| - Esta formação permitiu-lhe adquirir/melhorar conhecimentos.....          | •              | • | • | • | •           |
| - Nível dos conteúdos abordados adequado aos seus conhecimentos prévios... | •              | • | • | • | •           |
| - Recomendaria esta sessão.....  | •              | • | • | • | •           |

**5. Sugestões/Críticas/Comentários**

---



---



---



---

Obrigado



## 8. ANEXOS



**Anexo I: Certificado do Poster "Benefícios da Cânula Nasal de Alto Fluxo, no Doente Crítico, Durante o Período de Extubação Endotraqueal, nas Unidades de Cuidados Intensivos"**



VII CONGRESSO  
INTERNACIONAL  
DE CUIDADOS  
INTENSIVOS

E de repente...  
**TUDO MUDOU**

27 e 28 - FEVEREIRO - 2021

ONLINE

## Certificado de Poster

Certifica-se para os devidos efeitos que o **POSTER: BENEFÍCIOS DA CANULA NASAL DE ALTO FLUXO, NO DOENTE CRÍTICO, DURANTE O PERÍODO DE EXTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL, NAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS** participou com apresentação de Poster no **VII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos**, realizado online, nos dias 27 e 28 de Fevereiro de 2021.  
Autor(es) do trabalho: **Ana Catarina Vaz Ferreira**



  
José António Pinto

  
António Marinho

ORGANIZAÇÃO:



Associação de Apoio ao  
Serviço e Cuidados Intensivos do  
Centro Hospitalar do Porto  
[www.aaic.org.pt](http://www.aaic.org.pt)

COLABORAÇÃO:





**Anexo II: Certificado de Poster "Benefícios da Capnografia no Doente Sujeito a Reanimação Cardiopulmonar, em Contexto Extra-Hospitalar: Revisão Integrativa"**



VII CONGRESSO  
INTERNACIONAL  
DE CUIDADOS  
INTENSIVOS

E de repente...  
**TUDO MUDOU**

27 e 28 - FEVEREIRO - 2021

ONLINE

## Certificado de Poster

Certifica-se para os devidos efeitos que o **POSTER: Benefícios da capnografia no doente sujeito a reanimação cardiopulmonar, em contexto extra-hospitalar: Revisão integrativa** participou com apresentação de Poster no **VII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos**, realizado online, nos dias 27 e 28 de Fevereiro de 2021.

Autor(es) do trabalho: **Ana Catarina Ferreira**



  
Anibal Marinho

  
José António Primo

ORGANIZADORES:



Associação de Apoio ao  
Análisis Hospitalar do  
Centro Hospitalar do Porto  
[www.ascl.org.pt](http://www.ascl.org.pt)

COLABORADORES:

