



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

HANDOFF: BARREIRAS E INDICADORES DE RESULTADOS
HANDOFF: BARRIERS AND OUTCOMES

Por

José Francisco da Silva Neves

Lisboa, 2018



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

HANDOFF: BARREIRAS E INDICADORES DE RESULTADOS
HANDOFF: BARRIERS AND OUTCOMES

Por

José Francisco da Silva Neves

Sob a orientação da Professora Doutora Maria Manuela Madureira Lebre Mendes

Lisboa, 2018

*“A verdadeira viagem de descobrimento
não consiste em procurar novas paisagens,
mas em ter novos olhos”.*

Marcel Proust (1923)

"Em Busca do Tempo Perdido – Volume V: A Prisioneira"

AGRADECIMENTO

Para a realização deste relatório foram vários os intervenientes que contribuíram e que merecem todo o meu reconhecimento e gratidão.

À Professora Doutora Manuela Madureira, pela sua disponibilidade, acompanhamento e orientação ao longo dos estágios, nos trabalhos produzidos e na realização do relatório e, também pela capacidade extraordinária de me motivar na procura de conhecimento científico.

À professora Filipa Veludo, pela disponibilidade demonstrada e orientação para a elaboração da revisão sistemática da literatura

À direção dos Centros Hospitalares de Lisboa onde foram realizados os estágios e às equipas multidisciplinares dos respetivos serviços, na pessoa do Enfermeiro Carlos Neto e Enfermeira Alexandra Ferreira.

Um agradecimento especial à enfermeira orientadora de estágio, Bina, pelo seu acolhimento, disponibilidade e orientação, para além do companheirismo e amizade. Não posso deixar de agradecer também ao enfermeiro André Martins que me acompanhou neste percurso académico, pelo excelente acolhimento, disponibilidade e orientação, sem a qual não seria possível o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Ao meu serviço, o Hospital Dia Cirúrgico, na pessoa da Enf. Maria José Pinto e da Enf. Filipa Mateus, que sempre acederam a todos os pedidos necessários para levar avante este caminho. Aos meus restantes colegas de trabalho pela compreensão e ajuda sempre disponível.

Aos Amigos, que certamente não precisam de ser nomeados, que me apoiaram neste caminho difícil e compreenderam as ausências prolongadas.

Aos meus pais, ao meu irmão, à minha cunhada e sobrinhos que compreenderam a minha ausência em momentos mais difíceis que se atravessaram no caminho.

À minha companheira de vida, Diana, pela amizade, amor, apoio incondicional durante todo o meu percurso académico, pela compreensão, pelo incentivo e pelo segundo par de olhos nas leituras imprescindíveis para a realização deste trabalho.

A todos, o meu Muito Obrigada!

RESUMO

O presente Relatório de Estágio, inscrito no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, pretende demonstrar de forma crítica e reflexiva as competências desenvolvidas ao longo do estágio. Assim este relatório faz referência ao processo evolutivo das competências diferenciadas na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa adulta e idosa em situação crítica e sua família. Os contextos de cuidados intensivos e urgência foram realizados em duas unidades hospitalares de referência de Lisboa, que permitiram o aprofundamento e mobilização de conhecimentos adquiridos ao longo da componente teórica do mestrado e do meu percurso profissional, na área dos cuidados de enfermagem à pessoa submetida a exames de especiais gastroenterologia e pneumologia.

Os objetivos específicos delineados pretendiam prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e à sua família nos diversos contextos, bem como contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no âmbito da transmissão de informação e responsabilidade sobre o doente entre profissionais de saúde, denominado de *Handoff*. No contexto de cuidados intensivos, para além da prestação de cuidados de enfermagem especializados, foi possível desenvolver a temática da oxigenoterapia nasal de alto fluxo, que culminou na apresentação de uma sessão de formação para os enfermeiros. Em relação ao contexto de urgência, foi possível mobilizar os conhecimentos da experiência profissional e desenvolver uma sessão de formação na área da abordagem ao doente crítico em contexto de hemorragia digestiva alta.

No que diz respeito ao *Handoff*, área transversal deste relatório, promovi a reflexão e partilha de experiências acerca da temática tendo por base a legislação nacional em vigor nos diferentes contextos de estágio e colmatei as dúvidas que me surgiram ao longo do percurso com a realização de uma revisão sistemática da literatura acerca do tema. Este processo é alvo contínuo de estudo e numa altura em que se opta pela normalização deste processo através da metodologia ISBAR, existem ainda dúvidas em torno do processo, das barreiras e da normalização através de ferramentas. As questões de investigação que serviram de base à revisão sistemática da literatura foram “Quais as barreiras a um Handoff eficaz?” e “Quais

os indicadores de resultado para a segurança do doente, com o uso de processos esquematizados a um Handoff eficaz?”.

Este curso de Mestrado permitiu consolidar conhecimentos e desenvolver competências na minha aprendizagem profissional e, permitiu-me de forma crítica e consciente, prestar cuidados de enfermagem especializados baseados em conhecimentos que emergem da investigação.

Descritores: Enfermeiro especialista, Enfermagem, Doente crítico, Transmissão de informação

ABSTRACT

The present Report, encompassed in the curricular plan of the Masters Course in Nursing Specialization in Medical-Surgical Nursing, of the Health Sciences Institute of the Portuguese Catholic University, intends to demonstrate in a critical and pondered way the competences developed during the internships. This report addresses the development of differentiated competences concerning the provision of nursing care to critically ill adult and elderly people and their families.. These internships took place in the intensive care unit and general emergency service of two major hospitals from Lisbon, and allowed for the deepening and mobilization of knowledge I had acquired during the theoretical part of this master's degree as well as during in my career in the field of nursing care for patients submitted to gastroenterological and pulmonary endoscopic exams.

Specific aims were outlined with the intent to provide specialized nursing care to the critically ill person and family in multiple contexts, as well as to contribute to the improvement of the quality of nursing care regarding the transmission of information and responsibility over the patient among health professionals, termed Handoff. In the context of intensive care, additionally to providing specialized nursing care, it was possible for me to advance my knowledge on high-flow nasal cannula, which culminated in the presentation of a training session for nurses. In the emergency context, it was possible for me to mobilize the knowledge I had acquired during my professional experience and develop a training action on the approach to critical patients suffering of upper digestive hemorrhage.

Regarding Handoff, a concept which is transversal to all sections of this report, I have promoted the reflection and sharing of experiences on the matter based on national legislation, and addressed all questions raised along the way through a systematic review of the literature on this topic. Handoff in nursing is subject to constant study and, at a time when it is normalized through the ISBAR methodology, there are still doubts surrounding this process, the barriers to it, and its standardization. The questions at the basis of the systematic review of the literature were "What are the barriers to effective Handoff?" and "What are the outcomes for patient safety with the use of Handoff methods?".

This Master's degree course allowed me to not only consolidate my knowledge and to develop competences based on my professional learning, but also to provide specialized nursing care in a critical and conscientious way, based on knowledge obtained through research.

Keywords: Specialist nurse, nursing, critical patient, handoff

LISTA DE ACRÓNIMOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

BPS – *Behavioral Pain Scale*

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

DGS – Direção-Geral da Saúde

DRP – Diário da Republica Portuguesa

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

Ex. - Exemplo

h - Horas

ISBAR – *Identify, Situation, Backround, Assessment and Recomendations*

n.º – Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – Página

PQCE – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

RASS – Richmond Agitation Sedation Scale

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

RSS – *Ramsay Sedation Scale*

SU – Serviço de Urgência

TCE – Traumatismo Crâneo-Encefálico

TVM – Traumatismo Vertebro-Medular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCP – Universidade Católica Portuguesa

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	19
1 – <i>HANDOFF</i>: BARREIRAS E INDICADORES DE RESULTADO	23
1.1 – DESENHO DA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	24
2 – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS: REFLEXÃO CRÍTICA	45
2.1 – PRÁTICA CLÍNICA: OBJETIVOS E RESULTADOS DE APRENDIZAGEM EM CUIDADOS INTENSIVOS	47
2.2 – PRÁTICA CLÍNICA: OBJETIVOS E RESULTADOS DE APRENDIZAGEM EM URGÊNCIA.....	64
3 – CONCLUSÃO	75
4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
APÊNDICES	91
APÊNDICE I – PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO “OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUXO: O ESTADO DA CIÊNCIA”	93
APÊNDICE II – FORMAÇÃO: “OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUXO: O ESTADO DA CIÊNCIA”	97
APÊNDICE III – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO E RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO “OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUXO: O ESTADO DA CIÊNCIA”	115
APÊNDICE IV – MNEMÓNICA ISBAR	123
APÊNDICE V – PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO “HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA”	127
APÊNDICE VI – SESSÃO DE FORMAÇÃO “HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA”	131
APÊNDICE VII – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO E RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO “HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA”	139
APÊNDICE VIII – CARTAZ INFORMATIVO “HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA”	147
ANEXOS	151
ANEXO I – NORMA 001/2017 DA DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE: “COMUNICAÇÃO EFICAZ NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE”	153

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Critérios de elegibilidade.....	26
Quadro 2 – Descritores de pesquisa	26
Quadro 3 – Distribuição geográfica dos estudos admitidos	28
Quadro 4 – Distribuição temporal dos estudos admitidos.....	28
Quadro 5 – Distribuição dos tipos de estudos admitidos.....	28
Quadro 6 - Distribuição da metodologia usados nos estudos admitidos	28
Quadro 7 – Estudos selecionados para responder à Questão 1	29
Quadro 8 – Estudos selecionados para responder à Questão 2	31
Quadro 9 - Quadro de frequências absolutas por indicadores e por estudos na Q1	34
Quadro 10 – Quadro de frequências absolutas por indicadores e por estudos na Q2	38
Quadro 11 – Subcategorias dos Fatores que interferem no processo de comunicação	58

ÍNDICE DE IMAGENS

Imagem 1 – Sistematização do processo de amostragem.....	27
Imagem 2 – Transições, teoria de médio alcance.....	51
Imagem 3 – Feixe de Intervenções de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação...	60
Imagem 4 – Algoritmos para a pessoa admitida no SU	69

INTRODUÇÃO

Este relatório surge no âmbito da realização do Curso de Mestrado de natureza profissional em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) promovido pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (UCP), com o objetivo de apresentar de forma crítica e reflexiva, as atividades desenvolvidas, as competências adquiridas ao longo dos estágios e a sua importância no desempenho de funções enquanto Enfermeiro Especialista com o Grau de Mestre em EMC, sendo que o curso de Mestrado, de acordo com UCP (2017, p.6) “visa especificamente o desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem avançada ao doente adulto e idoso com doença grave, e é especialmente dirigido à assistência ao doente em estado crítico”.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), enfermeiro especialista é o “enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e problemas de saúde, (...), traduzido num conjunto de competências comuns especializadas” (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro, 2011, p. 8648), conjunto esse, que serve de referencial teórico e conceptual das áreas de especialização em enfermagem. O enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, de acordo com Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro (2011, p. 8656) aprofunda o seu domínio no cuidado para a assistência ao adulto e idoso com doença grave, na qual a sua “vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”. As competências específicas para a enfermagem em pessoa em situação crítica são então: “cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação e maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção” (Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro, 2011, p. 8656). A escolha por esta área de especialização em particular, relaciona-se com o interesse pessoal no aprofundamento e aquisição de competências na área da pessoa em situação crítica e pela sua adequação ao meu percurso profissional.

A OE (2002) aprovou um enquadramento teórico para a prática profissional (conceitos de saúde, pessoa, ambiente, cuidados de enfermagem) e enunciados descritivos, nomeadamente

os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (PQCE) que incluem a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem. Neste sentido, cabe a cada investigador clarificar o quadro de referência que vai seguir para o seu estudo. Este relatório, enquadrado no paradigma da transformação, observado à luz da Teoria das Transições de Alaf Meleis, tem como tema central a prevenção de complicações através das intervenções realizadas pelo enfermeiro no âmbito da segurança do doente durante os momentos de transição de informação e responsabilidade da pessoa em situação crítica.

Referido acima, na Teoria de médio alcance das Transições de Alaf Meleis, a Enfermagem escolhe como foco de atenção as respostas humanas às transições decorrentes de eventos relacionados com processos de saúde-doença e/ou com processos de vida (Chick & Meleis, 1986). Todas as pessoas vivenciam processos de transição ao longo da vida, pois estas são um resultado da mudança de vida, saúde, relacionamento e ambiente (Meleis et al, 2000) e este fato adequa-se aos contextos de estágio nomeadamente nas respostas da pessoa em situação crítica e família às transições saúde-doença, cujas quais são alvo das intervenções especializadas de enfermagem.

O desenvolvimento conceptual dos conceitos é sujeito a reformulações ao longo do tempo e significam evolução do conhecimento, pelo que a atribuição do seu sentido é diferente conforme as diferentes pessoas e contextos. Neste sentido, a atualidade do conhecimento em enfermagem leva-nos a adequar alguns conceitos como seja o caso do conceito de pessoa no Paradigma da Transformação, definido por Kérrouac et al (2002) como um parceiro nos cuidados, como um ser único e singular, compreendido como um todo, de forma holística, onde o processo saúde/doença é um continuum. É necessário salvaguardar que, ao longo deste trabalho, o conceito de pessoa, poderá assumir diferentes significados, nomeadamente pessoa em situação crítica ou doente, conforme a conceptualização teórica que estiver a ser abordada em cada temática, e que pelo contexto em que se desenvolveram as competências de enfermeiro especialista, o conceito de pessoa estará maioritariamente associado a um contexto de alteração do processo saúde/doença, em que a pessoa terá sempre necessidades e será o eixo central da ação/intervenção e objeto de estudo do enfermeiro.

O conceito transversal a este relatório, conforme citado anteriormente é a transmissão de informação e responsabilidade do doente entre profissionais de saúde, doravante denominado de *Handoff*, sendo que a escolha deste termo decorre da pesquisa nos

Descritores em Ciências da Saúde¹ e tem como objetivo facilitar a referência a este termo durante o texto. Segundo Santos, Campos & Silva (2018, p.2) o *Handoff* consiste “na transmissão de informações relevantes para a continuidade do tratamento ao paciente (...) e é uma forma de transmitir a responsabilidade pelo paciente a outra equipa profissional no decorrer da assistência” e envolve três características: a transferência de informação, da responsabilidade e da autoridade. Numa altura em que se opta pela uniformização deste processo, de acordo com a norma 001/2017 da Direção-Geral da Saúde (DGS) (2017), através da metodologia ISBAR (ANEXO I)², existem ainda dúvidas em torno do processo de *Handoff* e da sua normalização através de processos esquematizados. Para responder a algumas destas dúvidas foram elaboradas as questões de investigação que serviram de base à Revisão sistemática da Literatura (RSL), “Quais as barreiras a um *Handoff* eficaz?” e “Quais os indicadores de resultado para a segurança do doente, com o uso de processos esquematizados no *Handoff* eficaz?”, cujo resultado será abordado no primeiro capítulo.

A aprendizagem no que se refere à atividade profissional tem que ser contínua, quer para atualizar e aperfeiçoar conhecimentos, quer para adquirir novas competências. De acordo com a OE (2009), competência é um conjunto de saberes adquiridos, que suportam inferências, antecipações, generalizações, tomadas de decisão e mobilizam os seus recursos, conhecimentos e capacidades perante uma situação concreta. Entende-se competência como a capacidade de mobilizar, integrar e orquestrar os diversos recursos cognitivos (saberes, saber-fazer e atitudes) para fazer face a situações singulares, daí que a aquisição de competências em enfermagem envolva a articulação de vários processos como a formação inicial e contínua de competências, o processo de construção e evolução enquanto enfermeiro e o processo de reconhecimento das competências pelos pares e pela comunidade em geral. Através do desenvolvimento de competências ao longo da vida profissional, espera-se que o Enfermeiro Especialista possua um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção (OE, 2009).

O meu percurso nos contextos de estágio desenvolveu-se de acordo com o modelo de desenvolvimento de competências de Patrícia Benner. A autora (2001), com base no Modelo

¹ <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>

² ISBAR: Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation. Inicialmente desenvolvido pelos militares, esta ferramenta foi inicialmente introduzida nos cuidados de saúde em 2002 pelas equipas de resposta rápida do Kaiser Permanent Hospital no Colorado, EUA.

de Aquisição de Competências e Desenvolvimento de Competências Dreyfus, descreve cinco níveis de competências para o profissional de enfermagem: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. O processo de aquisição de competências não se encerra aqui, e como processo dinâmico que é, implica continuidade no tempo, assim como um conjunto integrado de capacidades cognitivas, sócio afetivas, relacionais, organizacionais, saberes teóricos e habilidades técnicas do enfermeiro aplicadas ao contexto da prestação de cuidados, permitindo-lhe exercer a sua função ao nível da excelência (Phaneuf, 2005). As competências, na maior parte dos casos, são construídas na ação e no contato direto com as situações, trazendo aos contextos de trabalho um elevado potencial formativo. Por isso, a complementar esta formação, na aquisição/aperfeiçoamento de competências de enfermeiro especialista em EMC, surge a realização do estágio na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e no Serviço de Urgência (SU) entre 15 de fevereiro e 23 de junho de 2018, perfazendo um total de 360 horas.

Em cada contexto de estágio realizei um projeto onde eram descritos o objetivo geral e específicos com os respetivos indicadores de processo, indicadores de resultado e competências a desenvolver, que serviram como guia orientador para o desenvolvimento do estágio bem como, para a construção do relatório.

Para a elaboração deste relatório utilizei uma metodologia descritiva com a análise das situações compiladas no portefólio. Este pretende refletir todo o percurso realizado e as competências desenvolvidas, pelo que se descreve os objetivos, atividades, análises e reflexões críticas das experiências de aprendizagem, pode-se inferir a aquisição e desenvolvimento de competências na área de especialidade em enfermagem médico-cirúrgica. Este documento inclui assim no primeiro capítulo a revisão sistemática da literatura orientada pelas questões atrás descritas, seguindo-se o segundo capítulo com a descrição crítica e reflexiva do percurso de desenvolvimento de competências ao longo dos dois estágios, estando organizada por ordem cronológica de acontecimentos. No terceiro capítulo insere-se a conclusão onde se avaliará todo este percurso na aquisição de competências na área de especialidade em enfermagem médico-cirúrgica e os contributos para a prática profissional. A estrutura do trabalho escrito teve por base a norma NP 405, na medida em que representa a norma portuguesa na área da informação e documentação.

1 – *HANDOFF*: BARREIRAS E INDICADORES DE RESULTADO

“Um dos princípios fundamentais da qualidade em saúde é o direito a cuidados seguros. A segurança do doente é uma parte integral dos sistemas de saúde e é o maior domínio no âmbito da qualidade dos cuidados prestados” (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2016). Neste âmbito importa conhecer os eventos que colocam em causa os cuidados seguros, nomeadamente os eventos adversos, que são danos causados ao doente associados aos cuidados de saúde e são provavelmente a maior causa de mortalidade e morbidade do mundo (OMS, 2008).

A gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde é um processo coletivo, que tem como objetivo garantir a maior segurança possível dos doentes, evitando incidentes, que podem ser frequentes, por vezes graves e frequentemente evitáveis, suscetíveis de comprometerem a qualidade do serviço de saúde. A causa destes incidentes de segurança raramente está associada à falta de competência técnica dos profissionais, mas “ligada a defeitos de organização, de coordenação ou de comunicação, que revelam baixo índice de cultura sistémica de segurança e de política institucional de identificação de riscos específicos” (Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro).

A comunicação, de acordo com Sequeira (2016), pode ser definida como um processo dinâmico, complexo e permanente, por meio do qual os seres humanos emitem e recebem mensagens, com finalidade de compreenderem e serem compreendidos pelos outros. A comunicação é, então, essencial para um ambiente de trabalho eficiente, para a qualidade dos cuidados prestados e para a segurança do doente (OMS, 2009). A falha na comunicação é um dos problemas mais reportados e que leva a danos desnecessários para os doentes associados aos cuidados de saúde e as consequências de passagens de informação deficitárias incluem atrasos no tratamento, eventos adversos, omissão de cuidados, aumento do tempo de internamento, readmissões evitáveis, aumentos de custos, ineficiência do sistema e muitos outros problemas para o doente (*Joint Commission International (JCI)*, 2014). A JCI (2017, p.1), refere que “as falhas de comunicação em hospitais dos Estados Unidos da América são responsáveis por cerca de 30% das queixas de má prática, que causaram 1744 mortes e cerca de 1,7 biliões de dólares em custos de má prática nos últimos cinco anos”.

Tendo em conta que o *Handoff* assume contornos importantes na continuidade e segurança dos cuidados prestados, devem-se formar os profissionais para as metodologias de transmissão de informação, com vista à uniformização do processo de emissão e receção de informação, que de acordo com Abraham (2012) para além da transferência de informação do doente, envolve também a transferência de responsabilidade sobre o doente. O foco no processo de *Handoff*, de acordo com Cohen & Hilligoss (2010), surge no início do milénio, mas a isolar um fator responsável para este crescimento exponencial, esse seria o relatório da JCI de 2006 que coloca a implementação de métodos esquematizados de *Handoff* na sua *National Patient Safety Goals*. Pese embora este fato, um estudo do *Accreditation Council for Graduate Medical Education*, citado por JCI (2017) refere que cerca de 69% dos ambientes de ensino clínico estudados não usam métodos normalizados e que apenas 20% usam um modelo claro de normalização do *handoff*.

No âmbito do programa da Direção-Geral de Saúde - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro) com objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados e a segurança do doente no Serviço Nacional de Saúde, a comunicação de dados de saúde entre profissionais de saúde tem um peso importante na redução dos eventos adversos para o doente, motivando-me para o desenvolvimento deste tema.

1.1 – DESENHO DA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Questão

Para a formulação da questão de investigação e definição dos critérios de inclusão e exclusão utilizou-se o método PI[C]OS (participantes, intervenções, comparações, *outcomes* e desenho) (Ramalho, 2007).

- P (participantes): Profissionais de saúde envolvidos no processo de *handoff*;
- I (intervenções): *Handoff* através de métodos esquematizados;
- [C](comparações): Não aplicável;
- O (resultados): 1º Barreiras a um *Handoff* eficaz; 2º Indicadores de resultado para segurança do doente, com a utilização de processos esquematizados no *Handoff* eficaz;
- S (desenho): Estudos primários;

As questões então levantadas foram:

- Questão 1 (Q1): quais as barreiras a um *Handoff* eficaz?
- Questão 2 (Q2): quais os indicadores de resultado para a segurança do doente, com a utilização de processos esquematizados no *Handoff* eficaz?

Objetivos

Esta revisão terá como objetivos:

- Identificar as barreiras a um *Handoff* eficaz;
- Identificar indicadores de resultados para a segurança do doente, com a utilização de processos esquematizados no *Handoff* eficaz.

Método

Face à natureza da questão e de acordo com o nível de evidência existente à cerca da questão elaborada, optou-se pela realização de uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL). De acordo com Sampaio e Mancini (2007) uma RSL é uma forma de pesquisa que utiliza como fonte de dados a literatura sobre determinado tema, disponibilizando um resumo das evidências relacionadas a uma estratégia de intervenção específica, mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada. Os mesmos autores (2007), completam a ideia referindo que a posição ocupada pela revisão sistemática na hierarquia da evidência ilustra a sua importância para a clínica e a pesquisa, e que quando procuramos por evidência sobre a eficácia de intervenção ou tratamento, estudos de RSL com metanálise ou sem ela, que incluem estudos controlados randomizados e estudos experimentais, tendem geralmente a disponibilizar evidência mais forte e mais adequada para responder a perguntas sobre a eficácia de uma intervenção.

Operação de pesquisa e estratégias

Como critérios de inclusão: texto livre integral, em Português ou inglês, publicados nos últimos 10 anos (2008-18). Podemos constatar os restantes critérios de elegibilidade no quadro 1, que resultam do método de elaboração das questões de partida. Face à diversidade da amostra disponível exclui-se os estudos que se referem a serviços de pediatria e neonatologia.

Quadro 1 – Critérios de elegibilidade

Critérios de elegibilidade	Critérios de inclusão	Critérios de Exclusão
P (participantes)	Profissionais de saúde	Crianças (0-18 anos)
I (intervenções)	<i>Handoff</i> através de métodos esquematizados	Ferramentas informáticas; <i>Handoff</i> não presencial.
C (comparação)	<u>Não aplicável</u>	<u>Não aplicável</u>
O (resultado)	Barreiras para <i>Handoff</i> eficaz; Indicadores de resultado de um <i>Handoff</i> eficaz.	Satisfação dos profissionais, doentes e família;
S (desenho)	Estudos primários	Estudos secundários, empíricos ou de opinião

Face ao fenómeno em estudo avaliámos os descritores na plataforma de consulta dos descritores em Ciências da Saúde: MeSH (*Medical Subject Headings*) (<https://meshb.nlm.nih.gov/search>) e DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) (<http://decs.bvs.br>). Os descritores definidos encontram-se para consulta no quadro 2.

Quadro 2 – Descritores de pesquisa

Palavra-chave 1	Palavra-chave 2	Palavra-chave 3	Palavra-chave 4	Palavra-chave 4
(TI Title)	(AB Abstract)	(AB Abstract)	(AB Abstract)	(AB Abstract)
<i>Handoff</i> *	Patient Safety	Methods	Not Children	Not NET
Handover*	Patient Outcomes	Strategies	Not Pediatric	Not Internet
Hand off	Quality	Techniques	Not Neonatal	Not Network
Hand-off	Safety	Tools	Not Infant	Not Wireless
Hand over	Error	Standar*		Not Radio
Signout	Risk			Not LTE
Signover				Not Streaming

Estratégia de pesquisa booleana: (*Handoff** or *Handover** or *Hand off* or *Hand-off* or *Hand over* or *signout* or *signover*) (TI) AND (*Patient Safety* or *Patient outcomes* or *Quality* or *Safety* or *Error* or *Risk*) (AB) AND (*Method* or *Strategies* or *Techniques* or *Tools* or *Standar**) (AB) NOT (*Children* or *Pediatric* or *Neonatal* or *Infant*) (AB) NOT (*NET* or *Internet* or *Network* or *Wireless* or *Radio* or *LTE* or *Streaming*) (AB)

Definir fontes de pesquisa

A pesquisa foi realizada nas bases de dados científicos *Complementary Index, Academic Search Complete, MEDLINE with full text, CINAHL Plus with full text, ScienceDirect, IEEE Xplore Digital Library, Supplemental Index, Psychology and Behavioral Sciences Collection, SPORTDiscus with full text, MedicLatina, Business Source Complete, Directory of Open Access Journals, RCAAP, Health Business Elite, Library Information Science & Technology Abstracts, ERIC, MedicLatina, Science in Context, Digital Access to Scholarship at Harvard, Regional Business News, Nursing & Allied Health Collection, SciELO e PubMed.*

Os dados foram coletados de maio a junho de 2018. Com base nos cruzamentos dos descritores aplicados, obteve-se o número inicial de 1840 artigos. Foram eliminados à priori 758, por pertencerem às mesmas bases de dados, mas pesquisados em motores de pesquisa diferentes, sendo que a amostragem inicial de referências são 1082 artigos. Destes artigos, foram eliminados 618 artigos (603 por se encontrarem repetidos e 16 pelo idioma), ficando a amostra das referências identificadas com 463 estudos.

Realizou-se leitura exploratória do título para a verificação do atendimento ao fenómeno em estudo. Isto gerou a exclusão de 124 artigos que não preenchiam os critérios de inclusão, obtendo-se um quantitativo preliminar de 339 artigos. A leitura do resumo dos artigos selecionados levou à exclusão de 272 artigos. Foram então admitidos para leitura completa 67 estudos. Após a sua leitura, foram rejeitados 49 estudos ficando um quantitativo final de 18 estudos, conforme se pode observar na imagem 1.

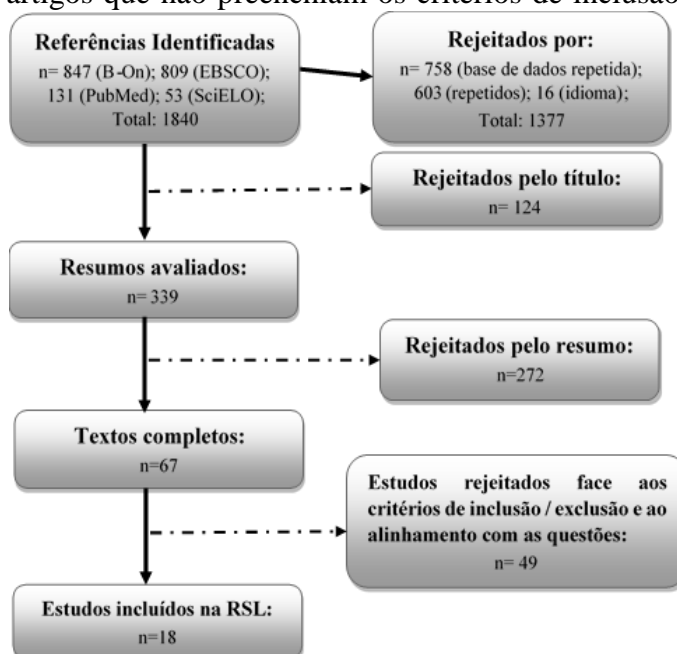


Imagem 1 – Sistematização do processo de amostragem

As diversas razões pelas quais os estudos foram eliminados foram: alinhamento as questões em estudo e com a temática, alta entre unidades de saúde e cuidados de saúde primários, *handoff* na vertente de treino curricular, perceção, satisfação e participação do doente no

Handoff, ferramentas sem transmissão verbal da informação, comunicação entre serviços auxiliares dos hospitais (ex. farmácia e imagiologia) e tipo de estudo. Após a leitura dos 18 estudos admitidos procedeu-se a extração dos seus resultados. A apresentação dos mesmos será com base nas questões de partida: Q1 – quais as barreiras a um *Handoff* eficaz? Q2 – quais os indicadores de resultado no *Handoff* eficaz?

Resultados

A distribuição geográfica da filiação dos autores dos estudos abrange 4 dos 5 continentes e distribui-se ao longo dos últimos 8 anos como podemos constatar nos quadros 3 e 4.

Quadro 3 – Distribuição geográfica dos estudos admitidos

PAÍS	f
EUA	6
Australia	3
Canadá	2
Reino Unido	2
Alemanha	1
China	1
Irão	1
Irlanda	1
Suiça	1

Quadro 4 – Distribuição temporal dos estudos admitidos

ANO	f
2010	2
2011	1
2012	1
2013	3
2015	2
2016	4
2017	2
2018	3

Em relação ao tipo de estudo e metodologia usada, o estudo mais frequente é o pré-teste pós-teste, sendo a observação a metodologia mais usada, como podemos ver nos quadros 5 e 6.

Quadro 5 – Distribuição dos tipos de estudos admitidos

Tipo de estudo	f	JBI L.E.
Estudo pré-teste pós-teste	8	2.D
Estudo randomizado controlado	3	1.C
Observacional prospetivo sem grupo de controlo	3	3.E
Quantitativo cross sectional	2	4.B
Qualitativo	2	4.B e 5.B

Quadro 6 - Distribuição da metodologia usados nos estudos admitidos

Métodos	f
Observação	10
Questionário	7
Auditoria	5
Entrevista	4
Audio	1
Focus group	1

Os estudos admitidos foram então divididos em relação com as questões de investigação, pelo que para responder à Q1 temos 7 estudos selecionados (quadro 7) e para responder à Q2 temos 11 estudos (quadro 8). Não foi identificado nenhum estudo que responda às duas questões de investigação.

Quadro 7 – Estudos selecionados para responder à Questão 1

N	Título	Autor / Ano	Objetivos	Estudo	Participantes	Resultados – Barreiras identificadas	JBI
1	<i>Handover in Trauma and Orthopaedic Surgery – A Human Factors Assessment</i>	Agha, Riaz; 2012	Estudar o processo de <i>Handoff</i> numa unidade de Ortopedia para determinar as barreiras à transmissão de informação e sugerir melhorias.	Observacional sem grupo de controlo	Médicos. Entrevistas a 10 médicos.	<ul style="list-style-type: none"> • Espaço de trabalho e ambiente (sala desconfortável, pequena e quente) • Equipamentos avariados • A falta de internos durante a passagem de turno • Falta de uniformização e estrutura 	3.E
2	<i>Clinical handover of patients arriving by ambulance to a hospital emergency department: a qualitative study</i>	Bost, Neroli e et al, 2012	(1) explorar o processo de handover entre técnicos de ambulância e do serviço de urgência de pacientes que chegam ao hospital de ambulância e (2) identificar os fatores que têm impacto na transferência de informação para acertar estratégias de melhoria.	Observacional sem grupo de controlo	79 paramédicos, 65 enfermeiros de urgência e 19 médicos de urgência	<ul style="list-style-type: none"> • Interrupções constantes • Carga de trabalho • Relações interpessoais • Transferência de responsabilidade. 	3.E
6	<i>Exploring Physician Perspectives of Residency Holdover Handoffs: A Qualitative Study to Understand na Increasingly Important Type of Handoff</i>	Duong , Jonath an et al, 2017	Identificar fatores importantes que afetam a qualidade do <i>Handoff</i> num programa de internato de um serviço de medicina interna e compara-los com os fatores identificados previamente para outros <i>handoffs</i> .	Estudo qualitativo	Médicos (27 pessoas formaram os <i>focus group</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Foram identificados 13 fatores descritos como afetando o <i>handoff</i>. Destes, 5 fatores seguem em linha com a literatura prévia - espaço físico, uniformização, responsabilidade por tarefas, verificação e resiliência • 8 fatores resultaram em novas conceções que podem afetar o <i>handoff</i>: <ul style="list-style-type: none"> ○ Acesso a registos médicos ○ Redundância ○ Pensamentos não transcritos ○ Diferentes necessidades por parte do médico ○ Incerteza no diagnóstico ○ Ancoragem ○ Ensino ○ Feedback • Esses fatores foram organizados em 5 categorias: ambiente físico, transferência de informação, responsabilidade, raciocínio clínico e ensino. 	5.B
9	<i>Patient Handoffs in Nephrology Nurse Practice Settings: A Safety Study</i>	Kear, T.; Bhatta charya , A.; Walsh ,M., 2016	Descrever o processo de troca de informação de acordo com os enfermeiros durante os processos de <i>handoff</i> e analisar os temas que surgiram relacionados com transição de cuidados	Descritivo, métodos mistos e <i>cross sectional</i>	Enfermeiros da associação americana de nefrologia. Um total 744 questionários foram admitidos para o estudo final.	<ul style="list-style-type: none"> • Tempo disponível para preparar o <i>handoff</i> e para o concretizar • Informação em falta ou perdida • Falta de uniformização nos métodos de <i>handoff</i> • Falta de perceção da importância do <i>handoff</i> • Não ocorrência de <i>handoff</i>. 	4.B

14	<i>Measurement of the frequency and source of interruptions occurring during bedside nursing handover in the intensive care unit: An observational study</i>	Spooner, Amy et al, 2014	Medir a frequência e as fontes de interrupção durante <i>Handoff</i> de enfermagem numa UCI	Estudo observacional prospetivo	Enfermeiros. Foram observados 20 <i>handoffs</i> ao longo de 20 dias. 291min de <i>handoff</i> foram observados	<ul style="list-style-type: none"> • Barreira em estudo – interrupções • A maior frequência de interrupções foi de 7, que ocorreram durante um <i>handoff</i> de 15min. • Médicos, enfermeiros e alarmes de bombas infusoras foram as causas de interrupção mais frequentes, com pessoal administrativo e de apoio também como fonte de interrupção. 	3.E
16	<i>Factors affecting quality of nurse shift handover in the emergency department</i>	Thomson, Heather et al, 2018	Explorar e testar os fatores que influenciam a qualidade da comunicação no <i>Handoff</i> entre os enfermeiros num serviço de urgência.	Estudo quantitativo <i>Cross sectional</i>	Enfermeiros. Amostra final de 231 de 576 questionários enviados para os enfermeiros de urgência do Canadá.	<ul style="list-style-type: none"> • 18 variáveis inicialmente propostas como barreiras para o <i>handoff</i>, sendo que a comunicação face-a-face foi eliminada devido a variabilidade do estudo; • Das restantes 17 variáveis em estudo, 4 variáveis exploratórias estatisticamente relevantes foram retidas no final do modelo de regressão múltiplo, explicando 34% ($p < 0.0001$) da variância na qualidade do <i>Handoff</i>: <ul style="list-style-type: none"> ○ fluxo da triagem ○ relações interpessoais ○ intrusões ○ clima de segurança 	4.B
17	<i>Barriers and facilitators to nursing handoffs: recommendations for redesign</i>	Welsh, Catherine et al, 2010	Compreender tanto as barreiras como os facilitadores dos <i>handoffs</i> dos enfermeiros	Estudo qualitativo descritivo	20 enfermeiros foram entrevistados	<ul style="list-style-type: none"> • Pouca informação fornecida • Demasiada informação fornecida • Qualidade inconsistente • Oportunidades limitadas para questionar • Equipamentos avariados • Interrupções. 	4.B

Quadro 8 – Estudos selecionados para responder à Questão 2

N	Título	Autor / Ano	Objetivos	Estudo	Participantes	Resultados – Indicadores de resultado levantados	JBI
3	<i>Patient Hand-Off iNitiation and Evaluation (PHONE) study: a randomized trial of patient handoff methods</i>	Clanton, Jesse et al, 2017	Comparar o efeito/ganhos para o doente de um <i>handoff</i> formal e rigoroso com um <i>handoff</i> minimalista e focado	Estudo randomizado controlado	5157 <i>handoffs</i> foram observados. 2617 no grupo do <i>handoff</i> formal e 2540 nos <i>handoffs</i> focados e minimalistas. Participaram 35 médicos.	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalidade • Morbilidade • Duração e número de doentes submetidos ao <i>handoff</i> • Taxa de infeções associadas aos cuidados de saúde • Eventos adversos e eventos negativos • Medicação (erros e reconciliação) • Chamada da equipa de urgência • Tempo de internamento e tempo de internamento em UCI 	1.C
4	<i>Structured handoff checklists improve clinical measures in patients discharged from the neurointensive care unit</i>	Coon, Elizabeth et al, 2015	Avaliar o efeito da utilização de uma lista de verificação de documentação de transferência de informação em ganhos clínicos para o doente e satisfação do utilizador.	Estudo pré-teste pós-teste	Médicos. Observaram-se 261 transferências da UCI para o internamento (130 na fase pré implementação e 131 na fase pós implementação).	<ul style="list-style-type: none"> • Tempo de internamento • A presença e duração do cateter urinário • A reconciliação terapêutica dos medicamentos antihipertensores ou vasopressores endovenosos • Os eventos adversos (reinternamento na UCI e chamada da equipa de emergência interna) 	2.D
5	<i>Standardized Reporting System Use During Handoffs Reduces Patient Length of Stay in the Emergency Department</i>	Dahlquist, Robert et al, 2018	Determinar se a implementação de um <i>handoff</i> junto à unidade do doente teria impacto na melhoria dos ganhos em saúde para o doente.	Estudo pré-teste pós-teste. Estudo qualitativo prospetivo	Médicos do serviço de urgência. Observaram-se 1006 <i>handoffs</i> (327 na fase pré-teste e 679 na fase pós teste)	<ul style="list-style-type: none"> • Tempo de internamento • Tempo de cuidados • Duração do <i>handoff</i> 	2.D
7	<i>Implementation of a surgical handover tool in a busy tertiary referral centre: a complete audit cycle</i>	Gibbons, J.B. et al, 2016	Desenvolver e implementar um processo de <i>handoff</i> cirúrgico e melhorar a taxa de altas ao fim de semana num serviço cirúrgico.	Estudo pré-teste pós teste	Foram auditados 882 processos durante as 3 fases (pré-interven ^o ao, pós intervenção e após reforço da intervenção).	<ul style="list-style-type: none"> • Tempo de internamento • Taxa de readmissões • Chamada da equipa de urgência • Taxa de altas ao fim-de-semana 	2.D
8	<i>Nursing bedside clinical handover: a pilot study testing a ward-based education intervention to improve patient outcomes</i>	Hada, Adriana; Coyer, Fiona; Jack, Leanne, 2018	Explorar a efectividade de uma intervenção educacional para facilitar a utilização de uma comunicação standart junto ao leito do doente, para melhorar a qualidade dos cuidados e a segurança do doente nas alas geriatria e reabilitação.	Estudo pré-teste pós-teste / quasi-experiment al prospetivo	Enfermeiros das duas alas, doentes e familiares. Um total de 104 <i>handoffs</i> foram auditados.	<ul style="list-style-type: none"> • Quedas • Úlceras de pressão • Erros na terapêutica • Adesão dos enfermeiros ao protocolo de <i>handoff</i> • Satisfação dos enfermeiros com o novo protocolo 	2.D
10	<i>A Standardized Shift Handover Protocol: Improving Nurses' Safe Practice in Intensive Care Units</i>	Malekzadeh, Javad et al, 2013	Investigar o efeito da implementação de um protocolo na segurança do doente associada aos cuidados prestados pelos enfermeiros nas UCIs.	Estudo pré-teste, pós teste quasi-experiment al	Amostra por conveniencia de 56 enfermeiros	<ul style="list-style-type: none"> • Performance dos enfermeiros durante o <i>handoff</i> • Adesão dos enfermeiros ao protocolo de <i>handoff</i> • Informação transmitida durante o <i>handoff</i> 	2.D

N	Título	Autor / Ano	Objetivos	Estudo	Participantes	Resultados – Indicadores de resultado levantados	JBI
11	<i>Improving postoperative handover: a prospective observational study</i>	Nagpal, Kamal et al, 2013	Melhorar o <i>handoff</i> pós operatório através da implementação de um novo protocolo de <i>handoff</i> , que envolvia uma lista de verificação de <i>handoff</i> e uma uniformização do processo de <i>handoff</i> .	Estudo pré-teste pós teste, observacional prospectivo	Enfermeiros na UCPA. 90 <i>handoffs</i> foram observados (50 na fase pré teste e 40 na fase pós-teste)	<ul style="list-style-type: none"> • Informação transmitida • Erros nas tarefas • Trabalho de equipa • Satisfação dos enfermeiros • Duração do <i>handoff</i>. 	2.D
12	<i>Emergency physician intershift handover - can a DINAMO checklist speed it up and improve quality?</i>	Rudiger-sturchler, M.; Keller, D.; Bingisser, R, 2010	Reduzir o tempo necessário por doente para o <i>handoff</i> , mantendo ou melhorando a qualidade da informação transmitida durante os turnos.	Estudo pré-teste pós teste, observacional prospectivo	Médicos do serviço de urgência. Observaram-se 61 <i>handoffs</i> (30 na fase pré-teste e 31 na fase pós-teste)	<ul style="list-style-type: none"> • Duração do <i>handoff</i> e número de doentes cuja informação foi transmitida • Informação/informação errada • Eventos adversos ou negativos • Avaliação subjetiva da qualidade do <i>handoff</i> 	2.D
13	<i>The effect of a checklist on the quality of patient handover from operating room to intensive care unit: a randomized controlled trial</i>	Salzwedel, Cornelia et al, 2016	Comparar o uso de uma lista de verificação de <i>handoff</i> para a transferência de doentes do BO para a UCI com os métodos não esquematizados no que diz respeito à qualidade da informação transferida	Estudo randomizado controlado	Anestesiologistas do BO e médicos e enfermeiros da UCI. Foram auditados 115 pacientes (58 por cada grupo)	<ul style="list-style-type: none"> • Informação transmitida: quantidade e qualidade • Duração do <i>handoff</i> 	1.C
15	<i>Structured patient handoff on an internal medicine ward: A cluster randomized control trial</i>	Tam, Penny et al, 2018	Determinar se uma abordagem multifacetada no <i>Handoff</i> , resultaria em melhoria dos ganhos para o doente comparado com a prática atual. Propõe-se avaliar ainda a satisfação dos utilizadores, utilização de recursos e ganhos em saúde.	Estudo randomizado controlado	Médicos (9 equipas no grupo de estudo e 9 equipas no grupo de controlo)	<ul style="list-style-type: none"> • Número de doentes sujeitos ao <i>handoff</i> • Utilização de recursos • Satisfação do staff • Mortalidade • Necessidade de transferência para a UCI • Chamada da equipa de urgência • Eventos adversos • Reconciliação terapêutica • Tempo de internamento. 	1.C
18	<i>Improving the postoperative handover process in the intensive care unit of a tertiary teaching hospital</i>	Yang, Jian-Guo & Zhang, Jun, 2016	Melhorar o processo de <i>handoff</i> no pós operatório e os seus ganhos para a saúde imediatos através da aplicação de um protocolo de <i>handoff</i> do pós operatório na UCI de neurocirurgia.	Estudo pré-teste e pós-teste	Staff da UCI e BO. A amostra estimada foi de 102 casos (56 no pré teste e 56 na fase pós teste). No final foram auditados 112 doentes tendo em conta que 10% dos casos não são aplicáveis para desmame do ventilador.	<ul style="list-style-type: none"> • Adesão de toda a equipa ao <i>handoff</i> • Preparação prévia da UCI para receber o doente • Informação transmitida durante o <i>handoff</i> • Taxa de discussão e esclarecimento de dúvidas • Trabalho de equipa • Taxa de desmame de ventilador nas primeiras seis horas após a cirurgia e no número de horas de ventilação por doente. 	2.D

Discussão

Nesta revisão apresentamos os resultados inerentes às barreiras a um *handoff* eficaz identificados nos estudos selecionados bem como os indicadores de resultados sensíveis no *handoff* eficaz, cuja a interpretação dos resultados, será realizada de acordo com a questão, porque embora sejam duas temáticas do *handoff* beneficiam de uma discussão separada.

Os estudos selecionados que respondem à Q1 são preferencialmente qualitativos com vários métodos, dos quais salientamos a observação e o questionário, partindo na sua maioria com premissa de realizar um levantamento das barreiras existentes a um *handoff* eficaz. No que diz respeito aos estudos selecionados que respondem à Q2, a metodologia preferencial é o estudo pré-teste pós-teste, seguida dos estudos randomizados controlados. Em relação aos métodos usados, a maioria opta pelas listas de verificação em observação direta ou auditoria ao processo clínico de acordo com os indicadores previamente estabelecidos. Durante a discussão dos resultados os estudos serão identificados de acordo com o seu respetivo número (Ex. E1 – Agha, 2012)

Q1 – Quais as barreiras a um *handoff* eficaz?

É amplamente conhecido e documentado, que um *handoff* de baixa qualidade ou ineficaz pode afetar negativamente os doentes, o staff e as organizações (Thompson et al, 2018) e a qualidade da informação durante o handover permite que os enfermeiros organizem intervenções antecipando riscos, sendo fundamental identificar barreiras que interferem no processo de handover para implementação de estratégias que estruturam o processo de comunicação e promovam a segurança do utente (Halm, 2013). Embora muito trabalho já tenha sido feito neste campo, existem ainda áreas pouco exploradas, como por exemplo as barreiras para um *handoff* eficaz. Nos sete estudos reunidos, seis pretendiam identificar fatores que afetassem a qualidade da informação transmitida, enquanto Spooner et al, 2015 testou a prevalência de uma barreira sobejamente conhecida na literatura – as interrupções.

De forma a facilitar a interpretação dos resultados, foram levantadas 17 barreiras nos estudos que foram divididas em 3 grandes categorias:

- Ambiente: espaço de trabalho, equipamento, conforto, clima de segurança, interrupções e intrusões, carga de trabalho e o tempo disponível;

- Informação: falta de estrutura, falta de uniformização, informação inadequada ou perdida, a oportunidade de colocar questões, o *handoff* não ser percebido como importante e a não existência de *handoff*;
- Interpessoais: relações interpessoais e profissionais, a transferência de responsabilidade, o raciocínio clínico e a formação.

Seguindo esta alocação de aspetos percebidos como barreiras para o *handoff*, a sua distribuição pelos estudos e por indicadores está expresso no quadro 9. Em relação aos indicadores clínicos, o que se verificou com maior frequência nos estudos selecionados foi o indicador relativo às barreiras incluídas na categoria “ambiente”. Abordando o quadro no sentido do número de indicadores presentes num só estudo, verificou-se uma variabilidade entre 1 e 7 indicadores apresentados, com uma média por estudo de 4.57 indicadores.

Quadro 9 - Quadro de frequências absolutas por indicadores e por estudos na Q1

BARREIRAS ao HANDOFF	ESTUDOS							Total por indicadores
Indicadores Clínicos	1	2	6	9	14	16	17	
1. Ambiente	3	2	3	1	1	3	3	16
2. Informação	2	0	1	4	0	0	3	10
3. Interpessoais	0	2	3	0	0	1	0	6
Total por estudos	5	4	7	5	1	4	6	

Ambiente

A categoria do ambiente revelou-se influente no *handoff*, sendo dos principais itens em 6 dos 7 estudos. As interrupções e intrusões foram o aspeto mais referido (E2, E14, E16 e E17) sendo que no E14 (Spooner et al, 2015) foi mesmo o único aspeto a ser testado durante o estudo, evidenciando o grande número de interrupções durante o *handoff*, nomeadamente as conversas paralelas, as interrupções por outros grupos profissionais e os alarmes das bombas infusoras. Já no E2 (Bost et al, 2012) as queixas surgem no âmbito da passagem de informação entre os paramédicos e o staff do serviço de urgência, na qual ocorrem constantes e inúmeras interrupções levando a perdas de informação e repetição de informação desnecessária. Outras das queixas que se verificam ao nível das interrupções prendem-se com alarmes, telefones, com doentes e familiares (E17 – Welsh et al, 2010).

O segundo aspeto com maior influência é a carga de trabalho e o tempo disponível, reportados em 4 estudos (E2, E9, E16 e E17). Neste último aspeto, os constrangimentos financeiros, a falta de pessoal e o tempo disponibilizado pela gestão para se realizar o *handoff* são os pontos-chave que emergem da análise de conteúdo dos 724 questionário admitidos

para o estudo realizado no E9. Já Thomson et al (2018) – E16, refere que a pressão do tempo é um aspeto que se refere à noção que os enfermeiros têm que o tempo disponível é insuficiente para a realização de todos os cuidados e para acompanhar a demanda da qualidade presente na profissão. Embora no E16 o fator tempo não tenha tido um peso estatístico significativo, o mesmo não se pode dizer do fluxo de trabalho, neste caso definido como a fluidez com que decorre o processo de triagem num serviço de urgência, o que afeta diretamente a carga de trabalho de todas as outras áreas, que sendo imprevisível, não se compadece dos momentos uniformizados para o *handoff*.

Os itens de equipamento, ambiente e espaço de trabalho formam o terceiro grande grupo de barreiras associadas à categoria do ambiente recolhidas dos estudos (E1, E6 e E17). Agha (2012) no E1 reporta o espaço de trabalho e as questões ambientais (sala pequena, quente e desconfortável) como as queixas principais de todos os participantes entrevistados, revelando a importância que o conforto pode ter na eficácia e eficiência do *handoff*. Para além dos aspetos referidos nos estudos anteriores, Duong et al (2017) – E6, salienta a importância de ter em atenção a alguns aspetos na escolha do local para a transmissão de informação – minimizar as interrupções e possibilitar que todos os intervenientes se encontrem face-a-face. Para além destes aspetos introduzidos por Duong et al (2017), o autor é primeiro a referir o acesso aos dados eletrónicos de saúde dos doentes como outro fator a ter em conta na escolha do local.

Por último, o clima de segurança, referido no E16 – Thomson et al (2018), definido como a perceção por parte dos trabalhadores da segurança do doente relacionado com políticas e procedimentos e a perceção das prioridades da administração nas políticas de segurança, cuja a interpretação dos resultados demonstram uma associação do clima de segurança com a qualidade do *handoff*.

Informação

A informação transmitida é o foco central de todo o processo de *handoff*, como conteúdo da mensagem que passa do emissor para o recetor e para podermos assumir plenamente as responsabilidades pelos doentes, devemos dispor de toda a informação relevante e necessária para nos permitir prestar cuidados com segurança. No âmbito da informação, as categorias com maior evidência foram a falta de estrutura e de uniformização no processo de *handoff* (E1, E2, E6, E 9 e E17). Agha (2012) – E1, como autor e observador, constatou a falta de

estrutura e uniformização do processo de *handoff*, com cada um dos médicos a passar de diferentes maneiras e sem qualquer sequencia uniformizada. Duong et al (2017) – E6, durante a interpretação das entrevistas e dos conteúdos elaborados em *focus group*, propôs que a uniformização e estruturação do *handoff* conduziria a um aumento da qualidade e da segurança do doente. A literatura evidencia os benefícios que a estruturação do *handoff* pode trazer, através da seleção de informação a ser transmitida, combatendo o excesso ou défice, ambos identificados como barreiras para um *handoff* eficaz (Welsch et al, 2010 – E17).

Relativamente ao manuseamento da informação – informação errada ou incompleta e a oportunidade de colocar questões – 3 estudos levantaram estes aspetos como barreiras ao *handoff* (E6, E9 e E17). Duong et al (2017) – E6, levanta três conceitos novos: pensamentos não transcritos, redundância e diferentes necessidades por parte dos clínicos. Os pensamentos não transcritos, de acordo com o autor (2017) provém de informação pouco habitual ou preocupações acerca de algo que não se consegue explicar devidamente e que não fazem parte do processo escrito; a redundância, que neste caso significa a transmissão “verbatim” de bastante informação que consta do processo eletrónico e de baixa importância (de acordo com o conteúdo das entrevistas) e por último, as diferentes necessidades, que advém da experiência e personalidade, com alguns clínicos a preferir menos informação e outros à espera de mais informação. No que diz respeito à oportunidade de colocar questões, este aspeto encontra-se interligado outros aspetos das restantes categorias, nomeadamente o tempo, a carga de trabalho e as relações interpessoais. Neste sentido Welsh et al (2010) – E17, refere que neste a caso a passagem de turno não deve ser apenas encarada como uma transmissão de informação, mas antes um processo contínuo que deve ser dividido em 3 fases: a transmissão de informação, a clarificação e confirmação da informação/revisão das notas elaboradas ao longo do turno, sendo que para o ponto em discussão, a segunda premissa é de extrema importância.

A categoria da informação conta ainda com mais dois itens, ambos oriundos do estudo de Kear, Bhattacharya & Walsh (2016) – E9, a perceção do *handoff* como pouco importante e a não realização de *handoff*, que através da análise de conteúdo das respostas ao questionário realçou estes dois aspetos com barreiras para o *handoff*, através da ideia de que o *handoff* consome tempo sem trazer benefícios e na perspectiva de que na falta de pessoal o *handoff* é preterível, nas dificuldades criadas para a reunião de informação devido a sistemas informáticos diferentes e incompatíveis e no conflito do tempo de *handoff* com outras atividades programadas.

Interpessoais

Nesta categoria, os pontos em foco são as relações interpessoais, a transferência de responsabilidade, o raciocínio clínico e a formação, que basicamente agrega os fatores que são dependentes do staff como entidade que emite e recebe informação e responsabilidade durante o momento de *handoff*. As relações interpessoais são referidas em dois estudos (E2 e E16) como barreiras para a eficácia do processo. Bost et al (2012) – E2, no seu estudo refere que a informação transferida, o timing e a confiança na informação transferida esta dependente das relações interpessoais entre os enfermeiros e os paramédicos e que esta relação interpessoal está baseada na familiaridade entre os dois desenvolvida ao longo de encontros passados; outro aspeto aparentemente influenciado pelas relações interpessoais é o detalhe na informação e a confiança nessa mesma informação para a construção do plano de cuidados. No seu estudo, Thomson et al (2018) – E16, percebeu as relações interpessoais com estatisticamente significativas na qualidade do *handoff*, referindo que relações positivas levam a uma maior taxa de *handoffs* de qualidade, na medida em que o *handoff* como forma de comunicação envolve os sentimentos que o emissor e recetor têm um pelo outro.

A transferência de responsabilidade, referida em dois estudos (E2 e E6), é descrita como a transferência do dever de cuidar de um ou mais doentes de um profissional para outro. Bost et al (2012) – E2, refere este aspeto como barreira ao *handoff*, porque no seu estudo, o momento de passagem de responsabilidade entre os paramédicos e os enfermeiros da urgência não era claro, existindo queixas por parte dos paramédicos de continuarem com a responsabilidade sobre o doente no serviço de urgência mesmo após o *handoff*, ficando estes junto do doente até serem dispensados pelo staff da urgência. Duong et al (2017) – E6, num estudo sobre a passagem de informação entre equipas médicas sobre doentes admitidos na noite, revelam que a aceitação da responsabilidade por parte da equipa que recebe o doente é uma tarefa complicada que implica uma verificação cuidada de todas as tarefas planeadas e a sua aceitação, a receção e confirmação de informação sobre um doente novo no serviço e a liberação da equipa de saída após a transferencia completa da responsabilidade.

Q2 – quais os indicadores de resultados no *Handoff* eficaz?

O tópico do *handoff* tem ganho crescente importância na área da segurança do doente e sendo um assunto da moda, têm surgido diversos trabalhos no âmbito da melhoria da qualidade dos cuidados através de intervenções e introdução de processos estruturados procurando

sempre melhorar os ganhos para o doente (Hada, Coyer & Jack, 2018). Apesar da abundância de estudos acerca da implementação de novas ferramentas, falta ainda literatura no âmbito dos ganhos em saúde esperados e mensuráveis. É com esta premissa que surgiu a Q2 nesta revisão, procurando realizar um levantamento dos vários ganhos esperados com a introdução de protocolos de *handoff*.

Após a leitura e extração de resultados dos 11 estudos incluídos na resposta à Q2, procedeu-se à categorização dos itens identificados como indicadores de resultado em 3 categorias:

- Indicadores relacionados com o doente: mortalidade, chamada da equipa de urgência, medicação, parâmetros dos doentes, tempo de internamento, readmissão ou subida do nível de cuidados, eventos adversos ou negativos e alta;
- Indicadores relacionados com o *handoff*: número de doentes sobre o qual se realizou *handoff*, duração do *handoff*, informação, interrupções e tarefas transmitidas (execução ou falha);
- Indicadores relacionados com os profissionais: satisfação do staff, adesão ao processo e formação, trabalho de equipa e preparação adequada do *handoff*.

Podemos ver a distribuição dos itens, agrupados nas categorias por estudo ou por indicadores no quadro 10.

Quadro 10 – Quadro de frequências absolutas por indicadores e por estudos na Q2

	Indicadores de resultado	Estudos																Total por indicador
		3	4	5	7	8	10	11	12	13	15	18						
Indicadores relacionados com o doente	Indicadores Clínicos																	
	Mortalidade		1												1		2	
	Chamada da equipa de urgência		1	1		1									1		4	
	Medicação (erros e reconciliação)		1	2			1								1		5	
	Parâmetros dos doentes (infecção, algaliação, ventilação)		1	1												1	3	
	Tempo de internamento		1	1	1	1											4	
	Readmissão ou aumento do nível de cuidados		1	1		1									1		4	
	Eventos adversos ou negativos		1					1				1		1			4	
	Alta e tempo de cuidados				1	1											2	
Indicadores relacionados com o processo	n.º de handoffs		1									1		1		3		
	Duração Handoff		1		1					1	1	1				5		
	Informação (erros, omissões, discussão, itens importantes)							1	1	1	1			2		6		
	Interrupções										1					1		
	n.º tarefas / erros nas tarefas		1								1					2		
Indicadores relacionados com os profissionais	Satisfação do staff						1		1				1		3			
	Adesão ao processo e formação							1						1	2			
	Trabalho de equipa									1				1	2			
	Preparação adequada para o handoff													1	1			
Total de indicadores por estudo			10	6	3	4	4	1	5	5	2	7	6					

Como podemos observar no quadro, os indicadores avaliados em maior frequência são os relacionados com o doente com 28 referências em 8 categorias, seguido dos indicadores relacionados com o processo de *handoff*, com 17 referências em 5 categorias, sendo o número médio de indicadores apresentado de 4.82 indicadores por estudo, com uma variabilidade de 1 a 10 indicadores presentes por estudo. De seguida serão abordados alguns dos indicadores de resultados com mais peso estatístico de acordo com o enquadramento referido nos estudos, começando pelos indicadores relacionados com o doente.

Indicadores relacionados com o doente

Os indicadores de resultados relacionados com o doente evidenciados na literatura são a mortalidade, a chamada da equipa de urgência, a medicação, os parâmetros dos doentes, o tempo de internamento, a readmissão/subida do nível de cuidados, os eventos adversos ou negativos e a alta. Nesta classe o item mais referido foi a medicação (erros e reconciliação), seguida dos eventos adversos ou negativos.

Os eventos adversos ou negativos, referidos em 4 estudos (E3, E8, E12 e E15) constituem o ponto central da segurança dos cuidados e são o fator mais próximo de causar dano direto aos doentes. Clanton et al (2017) – E3, definiu evento adverso como qualquer evento negativo que cause dano ao doente e no seu estudo não encontrou diferenças significativas entre os dois grupos. O mesmo aconteceu com Hada, Coyer & Jack (2018) – E8, que embora tenha encontrado indicadores de melhoria na gravidade dos eventos adversos, como as quedas ou úlceras de pressão, esta diferença não teve tradução estatística. Rudiger-Sturchler, Keller & Bingisser (2010) – E12, através da interpretação dos resultados, definiu alguns dos eventos negativos secundários à falha na transferência de informação como a necessidade de reavaliação, o aumento do tempo de internamento e o aumento de atrasos e erros no tratamento.

No que diz respeito ao item do tempo de internamento, o mesmo foi utilizado como indicador de resultado em 4 estudos (E3, E4, E5 e E7), pese embora a sua tradução estatística não tenha sido clara relativamente aos protocolos de *handoff* – enquanto nos estudos de Dahlquist et al (2018) – E5 e Gibbons et al (2016) – E7, verificou-se uma diminuição no tempo de internamento associada aos novos protocolos de *handoff*, nos dois primeiros estudos (E3 e E4) isso não se verificou.

Dois outros indicadores de resultado descritos nos estudos são a readmissão/necessidade de aumento do nível de cuidados e a chamada da equipa de urgência que embora tenham sido tratados como indicadores independentes foram referidos nos mesmos estudos (E3, E4, E7 e E15). Dos 4 estudos referidos, apenas no estudo de Gibbons et al (2016) – E7, que estudava a introdução de um novo protocolo de *handoff* entre as equipas médicas da semana e do fim-de-semana, demonstrou uma sensibilidade da chamada das equipas de urgência interna com uma diminuição significativa (n.º total de chamadas por mês diminuiu de 12 para 4, $p < 0.05$). Os restantes itens não foram sensíveis às alterações dos protocolos de *handoff*.

Em relação ao item da medicação, descrito em quatro estudos (E3, E4, E8 e E15) podemos aborda-lo de duas formas, Clanton et al (2017) – E3, abordou a vertente dos erros causados por *handoff* de baixa qualidade e Coon et al (2015) – E4, abordou a vertente da reconciliação medicamentosa. Enquanto no primeiro estudo não se verificaram diferenças significativas entre os dois grupos em estudo, o segundo estudo demonstrou uma diferença significativa na reconciliação terapêutica demonstrada pelo n.º de doentes transferido com suporte de antihipertensores ou vasopressores endovenosos (36% para 10%, $p < 0.001$). Com a introdução de um novo protocolo de *Handoff*, Coon et al (2015) – E4 demonstrou que o uso de uma lista de verificação de itens a responder antes da transferência dos doentes para outro serviço ajuda na reconciliação terapêutica nas transferências de doentes da UCI para os serviços de internamento. Os restantes dois estudos (E8 e E15) que usaram este item como indicador de resultado não observaram diferença estatística nos seus resultados.

Os indicadores de resultado referentes a parâmetros fisiológicos dos doentes, referidos em três estudos (E3, E4 e E18), assumem particular importância, na medida em que o objetivo da qualidade dos cuidados e da segurança do doente é promover ganhos para a saúde do doente a nosso cargo. Neste sentido, embora seja difícil realizar associação criteriosa e direta da comunicação e a sua influência em parâmetros fisiológicos, os 3 estudos acima referidos propuseram nos seus enunciados essa mesma associação. Clanton et al (2017) – E3 utilizou a infeção associada aos cuidados de saúde como indicador de resultado, que se revelou sem diferença estatística entre os dois grupos em estudo. Já Coon et al (2015) – E4 utilizou a algaliação com indicador de resultado ligado ao doente, na vertente da necessidade de algaliação e na duração da algaliação. No seu estudo, o autor (2015) observou a diminuição do número de doentes transferidos com sonda vesical da UCI para o internamento, bem como a diminuição do número total de dias de algaliação após a implementação da *checklist* (o número médio de horas de algaliação diminuiu em 26h – de 120h para 94h, $p = 0.03$). Por

último, Yang & Zhang (2016) – E18 demonstrou que a taxa de desmame de ventilador nas primeiras seis horas, aumentou de 70% para 82% e o número médio de horas submetido a ventilação mecânica desceu de 5.1h para 3.3h, com a aplicação de um protocolo de *handoff*. No que diz respeito aos dois últimos indicadores de resultado extraídos dos estudos, a mortalidade e a alta, estes foram referidos em dois estudos cada – E3/E15 e E5/E7. Enquanto na mortalidade, os estudos identificados acima não encontraram nenhuma associação entre o *handoff* e a perda de vidas humanas, já na alta ambos os estudos reuniram evidências de melhorias. Dahlquist et al (2018) – E5 associou o número de altas e a diminuição do tempo de permanência no serviço de urgência à introdução de um novo protocolo de *handoff*. Gibbons et al (2016) – E7 pretendia estudar o efeito da introdução de uma nova ferramenta de transmissão de informação entre equipas médicas no número de altas ao fim-de-semana, tendo observado um aumento de 40% no número de altas.

Indicadores relacionados com o processo de handoff

Um dos indicadores de resultado mais utilizado nesta categoria é a duração do *handoff*, que apresenta uma grande prevalência nos estudos observados, embora nem sempre tratado como resultado (E3, E5, E11, E12 e E13). É ainda um tema que não reúne consenso no que toca a resultados, como mostra Clanton et al (2017) – E3 onde os *handoffs* focados (quando necessário e apenas aspetos relevantes) foram significativamente mais curtos embora tenham incluído menos doentes que os *handoffs* formais - passagem de informação de todos os doentes, uniforme e estruturada - média de 6,7 min. vs. 20,6min. No caso de Dahlquist et al (2018) – E5, embora se tenha verificado uma diminuição do tempo médio do *handoff* de 12,5min. para 7.5min. esta diferença não foi estatisticamente significativa. O mesmo resultado verificou-se com Nagpal et al (2013) e com Salzwedel et al (2016) (E11 e E13) embora neste último caso, o grupo de estudo tenha em média demorado mais tempo que o grupo de controlo. O único estudo que revelou uma diferença estatística significativa foi o de Rudiger-Sturchler, Keller & Bingisser (2010) – E12, cujos resultados apresentaram uma diminuição do tempo necessário por doente para realizar a passagem de informação (de 96s para 72s por doente, $p < 0.001$) com a aplicação de uma nova ferramenta de *handoff*. A duração do *handoff*, mostrou ser um item com muita variabilidade e dependente de diversos fatores. Deve-se ainda ter em conta que embora com constrangimentos financeiros e

humanos nos cuidados de saúde, o fator tempo não deve tornar-se fator preponderante quando respondemos perante a segurança do doente e a qualidade dos cuidados.

Embora tenhamos evidenciado que o indicador de resultado referente ao tempo de *handoff* é variável, existe ainda o aspeto dos ganhos financeiros, referidos por Halm (2013) na sua RSL, que interpretou este indicador através da poupança com o uso mais efetivo do tempo (*handoff* eficaz e estruturado) e com a diminuição do tempo necessário de sobreposição de profissionais devido a um *handoff* mais curto.

A categoria de informação, presente em 6 estudos (E10, E11, E12, E13 e E18) demonstrou ser a com maior peso nos fatores relacionados com o *handoff*. Nagpal et al (2013) – E11 avaliou as omissões de informação e observou uma redução significativa nas omissões de informação de 9 para 3 ($p < 0.001$) omissões por *handoff* com o novo protocolo de *handoff*. Já Yang & Zhang (2016) – E18 usou uma lista de verificação de mensagens chave a serem transmitidas, que após a intervenção ao protocolo de *handoff* revelou excelente adesão aos itens incluídos – itens anestésicos transmitidos subiram de 75% para 93% e itens cirúrgicos subiram de 42% para 83%. Em relação à informação transmitida (acurácia, erros e falhas), Abraham et al (2012) refere que este item é frequentemente associado como indicador da qualidade do *handoff*, mas raramente associado a ganhos em saúde e como resultado, é difícil associar a qualidade da informação transmitida à continuidade e segurança dos cuidados.

O número de doentes sujeitos a transmissão de informação foi referido em 3 estudos (E3, E12 e E15). Clanton et al (2017) – E3 no seu estudo refere que o uso de *handoff* formal e estruturado permitiu transmitir informação de mais doentes, mas também ocupava mais tempo. Rudiger-Sturchler, Keller & Bingisser (2010) – E12 verificou que o número de doentes se manteve estável na fase pré-teste e pós-teste, enquanto Tam et al (2018) – E15 verificou que com a introdução de um novo protocolo o número de doentes sobre os quais foi realizado *handoff* pela equipa médica noturna aumentou de 46.86/1000 para 62.90/1000 pessoas-noite. Embora utilizado como indicador, é de difícil avaliação e apenas no último estudo foi utilizado como fator de resultado, na medida em que com a introdução de um novo protocolo e da formação realizada acerca do *handoff*, mais doentes reuniam critérios para serem introduzidos na passagem de informação, o que não acontecia na fase pré-teste.

As interrupções foram referidas anteriormente nas barreiras e o sentido com que é estudado pelo Rudiger-Sturchler, Keller & Bingisser (2010) – E12 e pelo Yang & Zhang (2016) – E18, decorre da diminuição de interrupções na passagem de informação após a introdução de novos protocolos. No que diz respeito ao item das tarefas referido em 2 estudos (E3 e

E11) podemos encontrar dois sentidos: Clanton et al (2017) – E3 refere-se às tarefas atribuídas à equipa recetora de informação enquanto Nagpal et al (2013) – E11 refere-se aos erros nas tarefas, quer por não realização, atraso ou erro na mesma.

Indicadores relacionados com os profissionais

O trabalho de equipa como indicador de resultado está evidenciado em dois estudos (E11 e E18). Ambos os autores avaliaram o trabalho de equipa através de 5 itens: liderança, comunicação, coordenação, cooperação e consciência situacional através da observação e preenchimento de uma ferramenta de avaliação do trabalho de equipa, apresentando resultados extremamente satisfatórios com melhorias significativas em todos os 5 aspetos.

Nesta categoria o item mais utilizado foi o da satisfação do profissional (E8, E11 e E15). Em relação à satisfação do profissional, Hada, Coyer & Jack (2018) – E8 refere que os valores de satisfação profissional cresceram entre 2.7% e 16.3% nos vários itens inquiridos, o que mostrou que da perspectiva dos enfermeiros existiram melhorias na qualidade do *handoff* após a intervenção realizada. No mesmo sentido, Nagpal et al (2013) – E11 verifica uma melhoria na satisfação dos profissionais e consequentemente na satisfação com a qualidade da transmissão de informação após a introdução de um protocolo e de uma lista de verificação pós-cirúrgica.

Outro aspeto relacionado com o *handoff* é a adesão dos profissionais, expressa na maioria dos estudos embora com outras designações e sem ser objeto de estudo. Nos três estudos referidos (E8, E13 e E18) este item foi considerado como indicador de resultado, como demonstra Hada, Coyer & Jack (2018) – E8, que avaliou a adesão dos enfermeiros através de uma lista de verificação com 20 itens que deveriam constar do *handoff* de cada doente, verificando-se uma adesão estatisticamente significativa em 19 dos 20 itens avaliados entre a fase pré-intervenção e pós-intervenção ($p < 0.05$). Salzwedel et al (2016) – E13 avaliou também a adesão dos anestesistas a uma lista de itens que deveriam ser transmitidos e verificou que significativamente que mais itens "vermelhos" foram transmitidos no grupo de estudo que no grupo de controlo (média 87.1% vs. 75%, $p < 0.01$). No caso de Yang & Zhang (2016) – E18 a adesão ao *handoff* diz respeito à presença de todos os intervenientes durante o momento do *handoff*, nomeadamente na presença do cirurgião durante a transferência do doente para a UCI, com uma presença de 75% na fase pré-intervenção para 95% na fase pós-intervenção, o que melhorou também a qualidade da informação cirúrgica transmitida.

Em relação ao último indicador desta categoria, a preparação atempada para o *handoff*, tal como as interrupções, têm uma visibilidade inferior aos restantes itens. De acordo com Yang & Zhang (2016) – E18, com a introdução de um novo protocolo de *handoff*, incluíram uma chamada de aviso da equipa do bloco para a equipa da UCI a comunicar o que seria necessário para receber o doente. Neste sentido, o estudo demonstrou uma preparação prévia eficaz da UCI para receber o doente, o que diminuiu o tempo despendido com os cuidados iniciais e permitiu que toda a equipa pudesse assistir ao momento de *Handoff* em conjunto sem interrupções. Embora este ponto tenha potencial para desenvolver melhorias na comunicação e segurança dos cuidados, tem ainda pouca evidência na literatura, mais especificamente, como indicador de resultado.

Conclusão

Existem falhas na realização do *Handoff* entre os profissionais de saúde e pese embora toda a informação existente acerca da matéria e os esforços aplicados na uniformização e no uso de ferramentas de apoio, a sua implementação está ainda muito longe de concluída. Nesse sentido, esta revisão sistemática abordou dois temas bastante importantes para a implementação de processos de *handoff* seguros. Identificando inicialmente as barreiras para um *handoff* eficaz, embora com estudos de baixa qualidade metodológica, é possível implementar projetos de melhoria da qualidade tendo por base eliminar ou diluir essas mesmas barreiras identificadas. Mas para a implementação de projetos de melhoria contínua são necessárias avaliações da eficácia das intervenções realizadas e para isso precisam de ser identificados os fatores sensíveis à qualidade do *handoff*, que conduziu a segunda questão desta revisão sistemática da literatura. Os estudos identificados para responder à Q2, demonstram qualidade metodológica superior aos estudos identificados para a Q1, mas ainda assim, não conseguem identificar uma raiz de indicadores de resultado capazes de avaliar a eficácia das intervenções. Com base nesta premissa, revela-se uma necessidade adicional de pesquisas no campo do *handoff* nestas duas vertentes aqui mencionadas com o objetivo de cumprir a exigência da qualidade dos cuidados e da segurança do doente.

2 – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS: REFLEXÃO CRÍTICA

Ao longo deste capítulo será realizada a descrição das competências e atividades desenvolvidas, com o objetivo de analisar o meu percurso enquanto enfermeiro de cuidados gerais e o caminho curricular percorrido para obtenção do título de Enfermeiro Especialista com o Grau de Mestre em EMC. Por isso, iniciarei a análise reflexiva por ordem cronológica de aquisição e desenvolvimento das competências sujeitas a avaliação do curso de Mestrado de especialização em EMC da UCP (2018), em convergência com as competências propostas pela OE, para validação do grau académico. As competências desenvolvidas encontram-se descritas em nota de rodapé, pretendendo assim relaciona-las às experiências vividas.

Antes de partir para a descrição do percurso realizado, devo contextualizar a minha experiência profissional que foi reconhecida para creditação da unidade curricular “Pessoa em situação crítica e família: vigilância e decisão clínica” e salientar seis competências que estão inscritas no guia orientador de estágio e que tenho desenvolvido ao longo do meu percurso profissional. A creditação da unidade curricular nos termos do “Regulamento de creditação” da UCP, publicado em Diário da República pelo aviso n.º3127/2016 de 8 de março, resultou da exposição de nove anos de experiência em contexto de cuidados de enfermagem aos doentes submetidos a exames de Gastroenterologia e Pneumologia de um hospital central de Lisboa no qual permaneci até 2017 e de um hospital dia cirúrgico de uma unidade privada de saúde de referência na área de Lisboa, onde atualmente desempenho funções nos mesmos contextos, acrescentando ao currículo os cuidados de enfermagem aos doentes submetidos a exames nas áreas de Oftalmologia, Urologia e Imagiologia.

A experiência e perícia que tenho vindo a desenvolver centra-se nos cuidados de enfermagem à pessoa submetida a exames de gastroenterologia e pneumologia, eletivos ou urgentes, na instrumentação de exames, nos cuidados de enfermagem pré, peri e pós-anestésicos, bem como a intervenção no âmbito do controlo de infeção, nomeadamente na área do reprocessamento endoscópico. Estas áreas de intervenção constituíram-se fundamentais sendo por isso precursoras da necessidade no investimento pessoal na formação contínua e aquisição de competências com o objetivo de me tornar Enfermeiro Especialista com o Grau de Mestre em EMC, vertente cuidados à pessoa em situação crítica. Para além dos aspetos inerentes aos cuidados de enfermagem generalistas desenvolvidos ao

longo destes 9 anos, foi-me possível desenvolver a supervisão de cuidados e a integração de novos profissionais como elemento perito nas várias valências do serviço.

A supervisão clínica em enfermagem assume um papel determinante no desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros e a evidência científica aponta benefícios da sua implementação a diferentes níveis, tais como a “redução dos níveis de ansiedade e stresse nos profissionais, a prevenção do burnout, o desenvolvimento de competências, o aumento da satisfação profissional e a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados” (Lopes, 2015, p.1). Neste sentido, desde a integração do novo elemento aos cuidados de enfermagem no âmbito do recobro até à sua integração aos cuidados de enfermagem em urgência endoscópica existe um hiato temporal que permite ao enfermeiro perito supervisionar os diferentes aspetos da adaptação de um novo elemento à dinâmica funcional do serviço bem como realizar as intervenções necessárias para o reforço da qualidade dos cuidados e segurança dos clientes.

Em relação à gestão em Saúde, esta tem sido objeto de investigação devido à crescente complexidade organizacional em função da necessidade de conciliar os interesses coletivos/corporativos e económicos atendendo às necessidades dos profissionais e dos clientes, requerendo para tal, conhecimentos, habilidades, julgamentos e atitudes baseadas na tríade: disciplina, teoria e prática profissional, que “tem a finalidade de otimizar o funcionamento das organizações de forma a obter o máximo de eficiência (...), eficácia (...) e efetividade (...) promovendo ganhos em saúde” (Tanaka e Tamaki, 2012, p.822). Atualmente, acumulo as funções na área de gestão de dispositivos, consumíveis e aquisição de materiais, bem como no rastreamento do perfeito funcionamento dos endoscópios, tudo com o objetivo de aumentar a eficiência do serviço. Faço parte da equipa que testa e avalia novos dispositivos, acarretando a responsabilidade para com a restante equipa de enfermagem na sua formação contínua em relação aos novos dispositivos disponíveis no serviço. No que diz respeito à gestão de cuidados, a distribuição de enfermeiros com base nas suas competências e perícia, bem como a gestão de vagas de recobro, salas de exames e *timings* só é possível face à experiência nesta área diferenciada, que me permite diagnosticar, implementar e avaliar intervenções tendo por base a eficácia e efetividade dos cuidados prestados³.

³ C18 – lidera equipas de prestação de cuidados especializadas na sua área de especialização; C23 – exerce supervisão do exercício profissional na sua área de especialização; C25 – promove o desenvolvimento profissional na sua área de especialização; C26 – Realiza a gestão dos cuidados na sua área de especialização;

2.1 – PRÁTICA CLÍNICA: OBJETIVOS E RESULTADOS DE APRENDIZAGEM EM CUIDADOS INTENSIVOS

Na minha procura pessoal pela aquisição de competências enquanto enfermeiro especialista, a escolha do campo de estágio revelou-se de grande importância. O local de estágio escolhido para este módulo foi a UCI de um Hospital de referência da Grande Lisboa, de cariz polivalente mas que na sua especialização de cuidados, tem a transplantação renal, hepática e pancreática. Esta UCI encontra-se agregada ao maior centro de transplantação do país, desenvolvendo um conjunto de cuidados altamente especializados no seio de uma equipa pluridisciplinar altamente diferenciada. Neste sentido, procurei explorar a área de gastroenterologia de uma perspetiva diferente e desenvolver competências no âmbito dos cuidados ao doente crítico, integrando estas experiências no meu percurso profissional.

As UCI's são “locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais”, e nesse sentido, “é necessário concentrar competências, saberes e tecnologias em áreas dotadas de modelos organizacionais e metodologias que as tornem capazes de cumprir aqueles objetivos”. (DGS, 2003, p. 5-6).

O primeiro passo do enfermeiro no momento em que inicia uma nova experiência é a sua integração no serviço, que representa uma das atividades primárias da administração de recursos humanos, cujos objetivos primordiais visam a adaptação adequada dos profissionais à instituição, tendo em consideração as constantes alterações sociais, profissionais e institucionais (Macedo, 2012). Desta forma, a integração do enfermeiro apresenta-se como um processo estruturado e organizado, no qual os indivíduos desenvolvem habilidades e atingem determinada competência por meio da experiência prática e feedback regular (Mestrinho et al, 2001). A minha integração no serviço foi de certa maneira facilitada, quer pela ajuda da enfermeira orientadora que sempre promoveu a minha inclusão em todas as atividades de equipa relacionadas ou não com os cuidados ao doente, quer pelo fato de já ter pertencido ao centro hospitalar num passado recente, constituindo-se facilitador no meu processo de integração, o que possibilitou que tivesse de me lembrar dos itens usados no apoio à prática: SClínico®, software de medicação, gestão de processo clínico, circuitos de colheita de espécimes, o repositório de normas de orientação clínica e procedimentos, bem como o contato com o sistema unidose de medicação. Embora já tivesse usado o SClínico®,

C28 – promove a formação em serviço na sua área de especialização e C29 – colabora na integração de novos profissionais

não pude deixar de consultar os procedimento multissetorial GIN.106 de 22 de setembro “Princípios orientadores na documentação dos cuidados de enfermagem” do CHLC (2015, p.2) que definem o processo de enfermagem como “um processo mental e intencional, estruturado sobre etapas sistematizadas, utilizado para planificar cuidados individualizados, visando a melhoria do estado de saúde da pessoa, refletindo a tomada de decisão do enfermeiro, dando assim visibilidade à vertente autônoma da Enfermagem”. De forma a dar visibilidade à tomada de decisão do enfermeiro é então fundamental o uso de sistemas de informação que documentem a sua prática, pelo que de acordo com o mesmo documento, as notas de enfermagem usadas no serviço são do tipo II dos sistemas de informação em enfermagem, ou seja, caracterizam-se pelo uso da CIPE® em suporte digital para a documentação dos cuidados de enfermagem.

O primeiro passo para a uniformização da linguagem dos enfermeiros é precisamente a utilização das terminologias para a documentação dos cuidados, pois um sistema de informação só se torna viável através do uso de uma linguagem classificada, para além de que a utilização de uma terminologia demonstrou ser imprescindível para melhorar a comunicação, descrever o cuidado de enfermagem, assegurar a possibilidade de comparação de dados, calcular recursos e estimular a investigação em enfermagem (International Council of Nurses, 2011). Alinhado com este pensamento, fiz por garantir a atualização constante dos focos de atenção individualizados para manter o processo de enfermagem adequado ao doente. Foi ainda possível a admissão de vários doentes com as mais diversas necessidades de cuidados onde pude realizar um levantamento dos focos de atenção, juízos clínicos e consequentes intervenções de enfermagem, adequando os recursos disponíveis e os tempos de intervenção em vigor no serviço.

Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem têm ressonância nesta instituição de saúde, como reforça o procedimento multissetorial GIN.102 de 5 de outubro de 2015 (CHLC, 2015) “Documentação dos cuidados de enfermagem no processo clínico”, onde reforçam a importância do levantamento de focos de atenção e atitudes terapêuticas a todos os doentes internados (embora com juízos e intervenções individualizadas), tais como o risco de queda, o risco de infeção por presença de dispositivos invasivos, o risco de úlcera de pressão, diagnósticos que traduzam dependência nas atividades de vida diária e os parâmetros vitais⁴.

⁴ C1 – gere e interpreta, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional, e da sua formação pós-graduada

Durante o meu percurso na UCI tive oportunidade de cuidar da pessoa em situação crítica com diversas situações cirúrgicas, tais como pós-operatório de transplante hepático, transplante renal, transplante reno-pancreático, transplante hépato-renal, duodenopancreatectomia cefálica, entre outras. Em termos de situações do foro médico, pude cuidar de doentes com sépsis, síndrome do desconforto respiratório agudo, insuficiência renal crónica agudizada ou aguda, insuficiência hepática, doença hepática crónica, patologias do foro hematológico, cardíaco e pneumológico; doentes com necessidade de suporte ventilatório invasivo ou não invasivo; pessoa em situação crítica com necessidade de monitorização invasiva: linha arterial para avaliação de pressão arterial, cateter de *pulse induced contour cardiac output* e avaliação de pressão intra-abdominal. Para fazer face ao grande número de situações vividas e experiências adquiridas tive de mobilizar os conhecimentos provenientes da minha formação inicial, da formação pós-graduada e ainda realizar pesquisas bibliográficas para complementar o conhecimento necessário para poder exercer com autonomia os cuidados de enfermagem⁵.

O acolhimento da pessoa em situação crítica ao serviço é sempre um momento de stress, na medida em que a instabilidade hemodinâmica obriga a múltiplas intervenções, tais como: a entubação orotraqueal, a colocação de múltiplos cateteres centrais, para além de outros procedimentos invasivos. Para além de toda a atenção que a pessoa em situação crítica necessita, o enfermeiro precisa de receber a informação do doente e assumir a responsabilidade sobre o mesmo. Neste sentido durante a revisão sistemática cruzei-me por diversas vezes com um acrónimo em inglês que teria algum interesse na prática da UCI – o acrónimo COLD⁶, que, de acordo com Redley et al, (2016) define os 4 passos do *Handoff*: ligar a monitorização do doente e equipamento de suporte, observar o estado do doente e prestar os cuidados emergentes, ouvir a troca de informações entre as equipas e discutir, tirar dúvidas e assumir a responsabilidade pelo doente. Durante o estágio promovi a reflexão com a enfermeira orientadora e a restante equipa sobre este aspeto na admissão de um doente, cuja importância foi notada por todos. Embora com algumas intercorrências, esta metodologia já é intrinsecamente utilizada pelos enfermeiros, sendo que a intercorrência que mais se verifica é a transmissão da informação do doente durante os passos de *connect e observe*, não se verificando os limites claros entre estes passos conforme se descreve na literatura. Com este fato existe o risco de alguma informação importante se perder no meio

⁵ C8 – demonstra um nível de aprofundamento de conhecimentos na sua área de especialização

⁶ COLD: Connect, Observe, Listen & Delegate

da agitação da admissão, pelo que com o apoio da enfermeira orientadora pedi sempre ao enfermeiro transmissor da informação aguardasse um pouco até eu estar pronto para receber a informação. Embora inicialmente tenha me deparado com alguma renitência por parte dos colegas dos outros serviços que iriam realizar o *Handoff* da pessoa em situação crítica, após explicar os motivos e a evidência científica que me levava a atrasar a receção de informação, senti da parte desses mesmos colegas a compreensão e curiosidade acerca do tema. Por parte da equipa de enfermagem da UCI pude notar também um maior cuidado na admissão da pessoa em situação crítica, no que diz respeito ao momento do *Handoff* e às suas vantagens⁷.

Com o intuito de desenvolver competências na área da admissão e estabilização hemodinâmica, solicitei desde o início à enfermeira orientadora a possibilidade de admitir o doente na unidade, quer oriundos do exterior por descompensação orgânica quer os doentes submetidos a transplantação. Pude assim desenvolver aptidões na observação inicial e colheita de dados de enfermagem, bem como a triagem inicial de prioridades de cuidados. Orientando-me pelo processo de enfermagem e seguindo a abordagem ao doente crítico na sequência ABCDE⁸, geri cuidados de enfermagem complexos, realizando os respetivos registos e transmitindo a informação à restante equipa multidisciplinar de acordo com a metodologia ISBAR. Apliquei escalas como *Richmond Agitation Sedation Scale* (RASS) e *Ramsay Sedation Scale* (RSS) para avaliar o grau de sedação ou agitação, *Behavioral Pain Scale* (BPS) para avaliar a dor em doentes sedados, submetidos a ventilação mecânica invasiva incapazes de fazerem a autoavaliação, *Simplified Therapeutic Intervention Scoring System 28* (TISS 28⁹) para avaliação da carga de trabalho de enfermagem inferindo a gravidade da doença e outras, como a escala de *Braden*, para avaliação do risco de desenvolvimento de úlcera de pressão e escala de Morse para avaliação do risco de queda.

O ambiente em UCI pode ser intimidante, complexo e até hostil para a família, sendo um ambiente onde muitas vezes predomina a tecnologia em face das ações humanistas, o que me levou a refletir na e sobre a prática nos cuidados de enfermagem prestados. O internamento do doente em UCI constitui uma mudança que ocorre quer a nível individual quer familiar, denominada de transição, a qual é considerada por Meleis (2010, p.25) como

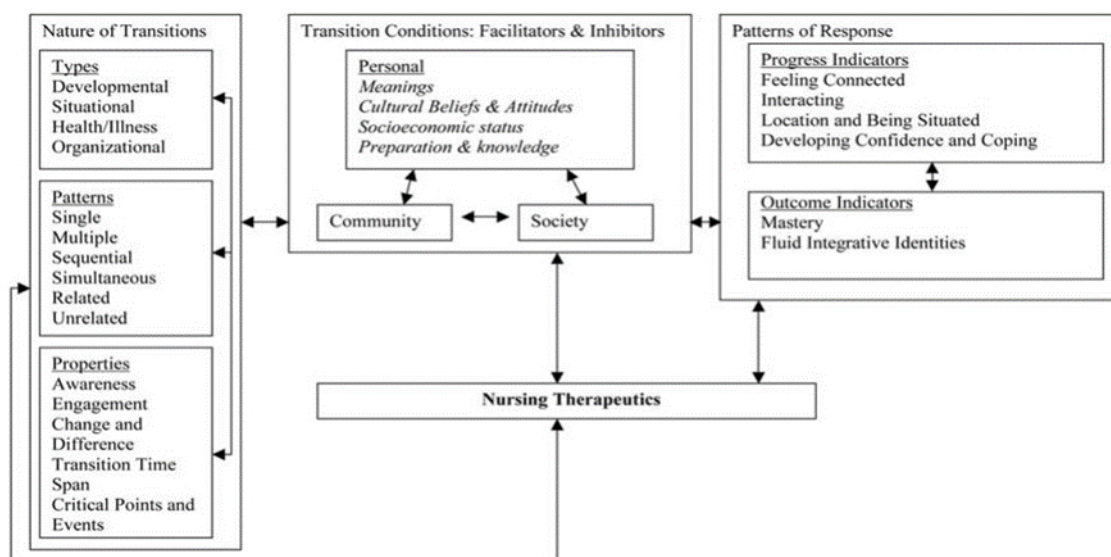
⁷ C19 – toma iniciativa e é criativo na interpretação e resolução de problemas na sua área de especialização e C21 – incorpora na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da minha especialização.

⁸ A – Airway, B – Breathing, C – Circulation, D – Disability e E – Exposure (via aérea, respiração, circulação, disfunção neurológica e exposição do doente)

⁹ Esta escala criada em 1974 para avaliar a gravidade do doente crítico foi sofrendo várias atualizações, sendo que a última em 1996, resultou na atual escala TISS 28, que foi traduzida e validada para português em 2000.

“uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro”. A Teoria das Transições é composta pela natureza das transições (tipos, padrões e propriedades); condicionantes facilitadores e inibidores da transição (pessoais, comunidade e sociedade); padrões de resposta (indicadores de processos e indicadores de resultados) e terapêutica de enfermagem como podemos acompanhar na imagem 2 (Meleis, 2010, p.55),

Imagem 2 – Transições, teoria de médio alcance



Fonte: Meleis, 2010:56

Todas as transições desencadeiam uma mudança e para compreendê-la é fundamental identificar os efeitos e seus significados. Estas devem ser exploradas segundo sua natureza, temporalidade, gravidade e expectativas pessoais, familiares e sociais, podendo a mudança estar relacionada a eventos críticos ou desequilíbrios, que levam a alterações nos ideais, percepções, identidades, relações e rotinas (Meleis et al, 2000). Esta teoria, de acordo com Davies (2005), refere que a função primordial da enfermagem é facilitar o processo de transição de uma condição de vida do doente e que este conceito remete para uma mudança no estado de saúde, nos papéis desempenhados socialmente, nas expectativas de vida, nas habilidades socioculturais, bem como na capacidade de gerir as respostas humanas. Segundo Zagonel (1999), as condições condutivas aos processos de transição estão, geralmente, associadas a três tipos de transição, nomeadamente a do desenvolvimento, a situacional e a de saúde-doença¹⁰, as quais podem gerar instabilidade, produzindo efeitos negativos e profundas alterações no indivíduo. O progresso e o resultado da transição são influenciados,

¹⁰ As transições do desenvolvimento referem-se às mudanças previstas ao longo do ciclo vital e as transições situacionais incluem eventos quotidianos esperados ou inesperados que exigem mudança de comportamento. Por sua vez, as transições de saúde-doença caracterizam-se por serem referentes a mudanças súbitas de papel, que resultam da passagem de um estado de saúde/bem-estar para um estado de doença aguda ou crónica.

de forma positiva ou negativa, pelas condições pessoais, tais como o significado que a pessoa atribui ao evento, a sua cultura e crenças, o estatuto socioeconómico, o conhecimento prévio e a preparação, bem como pelos recursos comunitários e sociais existentes (Meleis et al, 2000). As transições saudáveis, ainda de acordo com a mesma autora (2000) são evidenciadas pelos padrões de resposta, os quais englobam os indicadores de processo (o grau de envolvimento da pessoa, a interação com a equipa de saúde, a focalização nos objetivos e o desenvolvimento de confiança e de estratégias para lidar com a situação) e os indicadores de resultado (o desenvolvimento de competências e conhecimentos para lidar com novas situações e a reformulação da identidade).

No contexto da UCI, a pessoa em situação crítica e família experienciam uma transição de saúde-doença, a qual pode ser múltipla e simultânea, dependendo de outras transições que a pessoa está a vivenciar e da existência de relação entre elas. As propriedades da transição, bem como as condições pessoais e sociais vão facilitar ou dificultar o progresso da transição, o qual é caracterizado pelos indicadores de processo e de resultado. Neste sentido, os enfermeiros devem avaliar os indicadores de processo, com o intuito de intervir precocemente e ajudar a pessoa em situação crítica e família a alcançar resultados satisfatórios, ou seja, obter ganhos em saúde. Ribeiro, Marques & Ribeiro (2017, p.869) suportam esta afirmação evidenciando que o “agir do enfermeiro (...) implica estabelecer uma relação especial com o doente assente em pilares de humanização, num encontro que possa levar à tomada de decisão informada, permitindo-lhe ter o controle que é possível sobre a sua própria situação de vida”.

De acordo com Saiote (2010), fatores como o estado de saúde do doente, a gravidade da situação, o ambiente que o rodeia e a dificuldade em comunicar, contribuem para o aumento da ansiedade e insegurança da família. Esta situação vai alterar o equilíbrio familiar, dificultando a identificação dos recursos e potencialidades para lidar com a situação de crise, surgindo, assim, a necessidade de ajuda. Neste sentido, é essencial que os cuidados de enfermagem não se fundamentem apenas na interação entre o enfermeiro e a pessoa em situação crítica, mas também na interação entre o enfermeiro e a família, uma vez que a doença é um processo coletivo que afeta toda a unidade familiar. A família tem responsabilidade na evolução do prognóstico da doença, na medida em que desempenha um papel fundamental ao dar apoio físico, emocional, social e económico aos elementos doentes, sendo que, para o doente, “o envolvimento das pessoas significativas ou de um elemento de referência na rotina hospitalar, é um dos fatores mais importantes para a sua adaptação à

hospitalização com consequentes repercussões na evolução e prognóstico da doença.” (Saiote (2010, p.11). Urden, Stacy e Lough (2008) sublinham que um ponto importante da prestação de cuidados e da recuperação do doente, é o apoio dos membros da família e pessoas significativas. Segundo Bettinelli e Erdmann (2009) cit. por Loureiro (2011), a família pode ter um grande contributo na recuperação do doente, mas para que isso aconteça, ela precisa de ser orientada sobre as rotinas da UCI e sobre o que o que está a acontecer com o seu familiar, tendo necessidade de se sentir acolhida, respeitada e também ela cuidada. A OE (Regulamento nº124/2011 de 18 de fevereiro) na mesma linha de pensamento, evidencia a importância do cuidado à família da pessoa em situação crítica, afirmando que é uma competência específica do enfermeiro especialista nesta área, o qual tem o dever de “assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica”.

O cuidado de enfermagem, baseado num processo de comunicação eficaz, deve ser direcionado para uma maior sensibilização, consciencialização e humanização, identificando os fatores que influenciam a transição saúde-doença da pessoa em situação crítica e família, de forma a criar condições para que este seja um processo de desenvolvimento de indicadores de processo tais como a confiança, coping, relação enfermeiro-doente/família e aceitação do processo¹¹.

Com base nos conhecimentos adquiridos, e na possibilidade, acompanhei a primeira visita para receber a família da pessoa em situação crítica recém-admitida no serviço para poder explicar a situação do doente e a parafernália de equipamento com que se iriam deparar, bem como demonstrar disponibilidade para esclarecer as dúvidas que pudessem surgir. Com esta intervenção pude denotar que consegui de certa forma desmistificar o ambiente da UCI de forma a minorar a ansiedade das pessoas significativas no primeiro contato com a unidade do familiar. Demonstrei ainda atenção por garantir cuidados para minimizar o sofrimento e alcançar o maior conforto possível, bem como o interesse pelo bem estar da pessoa em situação crítica e sua família para assistir ambos no processo de transição saúde-doença¹².

Uma pedra basilar dos cuidados de saúde é o controlo do 5º sinal vital – a dor, e embora não o tenha referido nos indicadores propostos inicialmente, vem referido pela OE (Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro, 2011) como competência específica “a gestão diferenciada

¹¹ C11 – reflete na e sobre a prática e C12 – avalia a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo perspetiva académica avançada

¹² C16 – demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura

da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica otimizando as respostas”. De acordo com Ponce (2010, p.338) “a dor é muito comum nos doentes críticos como resultado direto da causa de internamento ou ainda em consequência de praticas próprias da terapêutica intensiva”. Neste sentido, o mesmo autor (2010) refere que a dor pode desencadear uma resposta orgânica de stress com aumento da frequência cardíaca, aumento do consumo de oxigénio, imunossupressão, aumento do catabolismo entre outras, e como consequência estados de ansiedade, agitação e delírio. Neste contexto pude constatar que a dor e a sua monitorização e controlo é assumido pela equipa pluridisciplinar como uma intervenção de relevo, existindo uma rigorosa monitorização da dor através das várias escalas existentes e descritas em procedimento multissetorial TRC.111 de 29 de janeiro do CHLC (2018). Esta avaliação frequente da dor, quer pela escala numérica em doentes conscientes ou pela escala BPS em doentes sedados tem como resposta dinâmica da equipa na titulação medicamentosa através das alterações de débitos de perfusões contínuas e uso de medicação em SOS. A aplicação da escala BPS foi também um novo conhecimento adquirido neste estágio, pois embora a terminologia não me fosse desconhecida, nunca a havia aplicado. Este desconforto técnico foi, no entanto, ultrapassado com a pesquisa bibliográfica acerca da escala em uso para os doentes ventilados, sendo que no final do estágio, a aplicava de modo intuitivo e natural. Ainda no que se refere ao controlo da dor e dentro da autonomia dos cuidados de enfermagem, realizei intervenções não farmacológicas no controlo da dor, tais como o posicionamento frequente, a eliminação de estímulos sensoriais e a aplicação de calor ou frio para melhoria do conforto do doente.

No domínio da gestão diferenciada da dor, sublinho o cuidado da equipa pluridisciplinar em manter o conforto do doente ventilado através da sedo-analgesia farmacológica, sendo aplicadas as escalas de avaliação do grau de sedação, nomeadamente a escala de RSS e de RASS e a consequente titulação medicamentosa para se atingirem os objetivos pretendidos. No que se refere a este ponto, pode parecer contraditório o uso de duas escalas diferentes na avaliação do mesmo objetivo, mas a explicação para este acontecimento é que enquanto no SClinic® a única escada de sedação que pode ser prescrita à pessoa em situação crítica é a RSS enquanto a equipa médica usa na sua maioria a escala de RASS. Pese embora este fato, não se tornou um obstáculo à pratica de cuidados porque as equipas multidisciplinares conhecem e sabem aplicar as duas escalas. Para além destas duas escalas é ainda aplicada a escala de coma de Glasgow em doentes não sedados, pelo que pude desenvolver conhecimentos na avaliação do grau de consciência da pessoa em situação crítica.

De acordo com Ponce (2010), a capacidade de substituir a função respiratória foi um dos grandes avanços da medicina do século XX e o seu impacto foi deveras importante em todas as áreas da medicina. Este desenvolvimento, acoplado ao desenvolvimento das tecnologias, permitiram colocar à disposição um conjunto de aparelhos que mais do que sobrepõem o esforço do doente e o complementam, adaptando-se os ventiladores automaticamente às variações dos parâmetros ventilatórios. Apesar de todo este avanço, a monitorização e vigilância continuam a ser a espinha dorsal da ventilação mecânica. Neste sentido, cabe ao enfermeiro a avaliação rigorosa da adaptação do doente ao modo ventilatórios, o uso de conhecimento para despiste de complicações, a manutenção das próteses ventilatórias funcionantes e permeáveis e ainda a prevenção de infeção associada à ventilação.

O conhecimento sobre ventilação invasiva, a manipulação do ventilador e os modos ventilatórios foram das competências mais desenvolvidas ao longo do estágio, na medida em que a maioria das pessoas em situação crítica nas quais assumi a responsabilidade dos cuidados estavam conectados ao ventilador com tubo oro-traqueal, daí ter sido possível o aprofundar de conhecimentos acerca dos diferentes modos ventilatórios e da vigilância da adaptação da pessoa em situação crítica ao ventilador, despistando assim possíveis complicações, permitindo-me com competência, alertar a equipa médica para o ajuste da sedo-analgésia ou a alteração do modo ventilatório.

A ventilação não invasiva também tem o seu destaque nos cuidados ao doente crítico na UCI, dado ser um tipo de ventilação menos agressiva e com menor morbidade quando utilizada num doente com insuficiência respiratória e quando comparada com a ventilação invasiva, no entanto, deveremos ter presente que o benefício obtido pela utilização desta técnica não é igual para todos os doentes (Marcelino, 2008). O mesmo autor (2008) refere que os profissionais de saúde devem estar bem familiarizados com os critérios de inclusão e de exclusão e ter consciência que a aplicação da ventilação não invasiva deve ser efetuada com ponderação. Neste sentido a formação pessoal e os momentos formação em serviço nesta área revelam-se de grande importância, na medida em que em alternativa ou coadjuvante à ventilação mecânica, o seu maior benefício é o conforto do doente e o menor risco de complicações associadas à ventilação. Embora tenha sido confrontado com *Bipap*, *Cpap*¹³ e outros dispositivos não invasivos como máscaras e óculos nasais o que me chamou mais a atenção foi o dispositivo de Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo. De acordo com Drés e Demoulé (2017, p.399) esta técnica é uma “alternativa à oxigenoterapia convencional que

¹³ BiPAP – BI-level Positive Airway Pressure e CPAP – Continuous Positive Airway Pressure

vem recebendo crescente atenção: trata-se do uso de alto fluxo nasal de oxigênio aquecido e humidificado, (...) com uma fração inspirada de oxigênio (FiO₂) controlada e fluxo médio máximo de 60L/minuto por intermédio de uma cânula nasal”.

A minha curiosidade e desconhecimento da técnica, aliada à sugestão da enfermeira orientadora deu mote à temática identificada como necessidade de uma a formação direcionada aos enfermeiros do serviço de forma a promover o desenvolvimento profissional dos mesmos. Para tal promoveu-se uma reunião com a enfermeira chefe, onde me propus aprofundar a técnica para posteriormente a apresentar em modo de formação em serviço, tido a proposta muito boa aceitação pela relevância. A formação foi adicionada ao plano de formações do serviço (Plano da sessão de formação em serviço – APÊNDICE I) e realizada no dia 4 de abril de 2018. O tema escolhido foi “Oxigenoterapia de Alto Fluxo – o estado da ciência” (APÊNDICE II) e o objetivo geral “Aprofundar o conhecimento da equipa de Enfermagem sobre a técnica de oxigenoterapia nasal de alto fluxo”. A formação teve uma audiência de 16 pessoas que no geral consideraram o tema bastante interessante e pertinente. O plano da sessão, folha de presenças e avaliação da sessão foram realizados de acordo com procedimento multisetorial do CHLC: FOR.111 de 7 de novembro (CHLC) 2017 “Organização e gestão da formação em serviço”. Foram compiladas as respostas ao questionário de avaliação e realizado o seu tratamento que se encontra para consulta no APÊNDICE III¹⁴.

No período de integração ao serviço promovi reuniões com a enfermeira orientadora, onde discutimos os indicadores de processos que mais tarde guiaram o projeto de estágio, onde nessa altura, demonstrei interesse em abordar o “aperfeiçoamento de estratégias de comunicação verbal e não verbal à pessoa doente ventilada e/ou sedo-analgésica e sua família e a prestação de cuidados de enfermagem diferenciados ao doente submetido a ventilação invasiva, não invasiva e traqueotomizado/traqueostomizado”¹⁵.

A ventilação mecânica com entubação orotraqueal, de acordo com Martinho e Rodrigues (2016, p.132), “impede o doente de comunicar oralmente, assumindo-se, por isso, como uma das situações que torna os doentes mais vulneráveis durante um internamento numa unidade de cuidados intensivos”. Ainda de acordo com os mesmos autores (2016, p.132-133) nos últimos anos foram lançadas diretrizes clínicas que sempre que a situação da pessoa em

¹⁴ C27 – identifica as necessidades formativas na sua área de especialização e C28 – promove formação em serviço na sua área de especialização.

¹⁵ C4 – mantém, de forma autónoma, o seu processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional.

situação crítica o permita, “a ventilação mecânica deve ser realizada com baixos níveis sedação, de modo a reduzir a ocorrência de outras complicações, como quadros de delírio e/ou compromisso cognitivo e emocional do doente”. As finalidades da comunicação enfermeiro / doente, de acordo com Alves (2012, p.63) são: “identificar necessidades dos doentes, avaliar a dor/desconforto, promover a orientação espaço-temporal do doente, explicar os procedimentos que vão ser executados, solicitar a participação do doente nos cuidados, acalmar o doente e informar o doente”.

As estratégias que podem ser usadas, de acordo com Cavaco et al, (2013, p.4540) são a “comunicação verbal e não verbal, sinais sim-não, VOCA (*Voice Output Communication Aids*), gestos, acenos de cabeça, leitura de lábios, aperto de mãos, expressão facial, papel e caneta, uso de letras do alfabeto, quadro de palavras e imagens, linguagem corporal e o toque”. Apesar de existir já bastantes estratégias descritas na literatura, na UCI usam-se apenas os mais básicos, a escrita, os gestos e algumas imagens, que de acordo com Cavaco et al, (2013, p.4540) “proporcionam uma grande melhoria no processo de comunicação, aumento do bem-estar e diminuição do tempo de internamento”. Para além do recurso a estas estratégias de comunicação, tive em atenção a articulação correta e lenta das palavras, o meu posicionamento junto da pessoa acamada em situação crítica e a redução de distrações visuais ou sonoras. Também o olhar e o toque se assumem de grande importância neste pormenor bem como evitar a demonstração de sinais de impaciência e/ou distração.

Sobre o atrás referido, lembro-me de um doente em que se planeava o desmame ventilatório, e como um dos aspetos fundamentais é a titulação da sedo-analgésia, o doente começou a acordar e a ficar agitado. A agitação e ansiedade, de acordo com Tate et al, (2012) podem provocar resultados negativos no processo de desmame, nomeadamente através da desadaptação ao ventilador e no aumento do consumo de oxigénio. As mesmas autoras (2012) referem ainda que as intervenções medicamentosas ou restritivas não são benignas e que podem causar complicações iatrogénicas.

No sentido de identificar os fatores que interferem com a comunicação com o doente ventilado, Alves (2012) distingue 3 categorias: os problemas centrados no doente, no enfermeiro e na dinâmica da UCI (Imagem 3). Estes fatores dividem-se depois em subcategorias cujo seu conhecimento se torna indispensável para demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional. Essas subcategorias encontram-se explicitas no quadro 11.

Fatores que interferem no processo de comunicação centrados...		
no enfermeiro	no doente	na dinâmica da UCI
Experiencia profissional	Função neuromuscular	Presença de familiar
Dificuldade na compreensão do doente	Estado de consciência / nível de sedação	Colaboração entre colegas
Disponibilidade	Idade	Fatores de ambiente
Formação	Ansiedade/agitação	Falta de informação
		Sobrecarga de trabalho

Fonte: Alves, 2012, p.66-67

Podemos classificar as estratégias verbais mais usadas em 3 categorias: garantia, encorajamento e coaching, que sinteticamente são conversas não específicas sobre o progresso e o bem-estar futuro, encorajamento verbal para apoiar o doente e tornar o doente mais confiante, dissipando os seus medos e transmitindo um sentimento de segurança e acompanhamento (Tate et al, 2012).

Tendo por base os vários conhecimentos adquiridos através da pesquisa bibliográfica, foi possível colocar em prática os conhecimentos e comunicar com a pessoa calmamente, através do toque, do olhar, de o orientar ao nível da situação em que se encontrava, do espaço e do tempo, aspetos fundamentais para tentar acalmar o doente. Não foi um processo imediato, mas a persistência valeu a pena e ao fim de alguns minutos já conseguia comunicar com a pessoa através de gestos e de sim ou não. Para além da satisfação pessoal que esta intervenção me trouxe, foi ainda possível presenciar a satisfação da família perante o fato de conseguirem comunicar novamente com o seu familiar¹⁶.

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) constituem um problema de saúde, com elevados custos associados e elevada morbi-mortalidade (Pina et al, 2010). Estas infeções são evitáveis em cerca de um terço dos casos, pelo que a capacidade de as prevenir pode constituir um dos indicadores de qualidade dos cuidados (Silva, 2008). Com base nestas premissas e tendo em consideração o regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (UCP, 2018) procurei maximizar

¹⁶ C5 – produz um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara e C13 – demonstra capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, relativamente ao cliente e família, especialmente na sua área de especialização.

a prevenção, intervenção e controlo de infeção e resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica. Neste sentido, procurei ler a legislação institucional em vigor, nomeadamente as circulares normativas¹⁷ e legislação nacional.

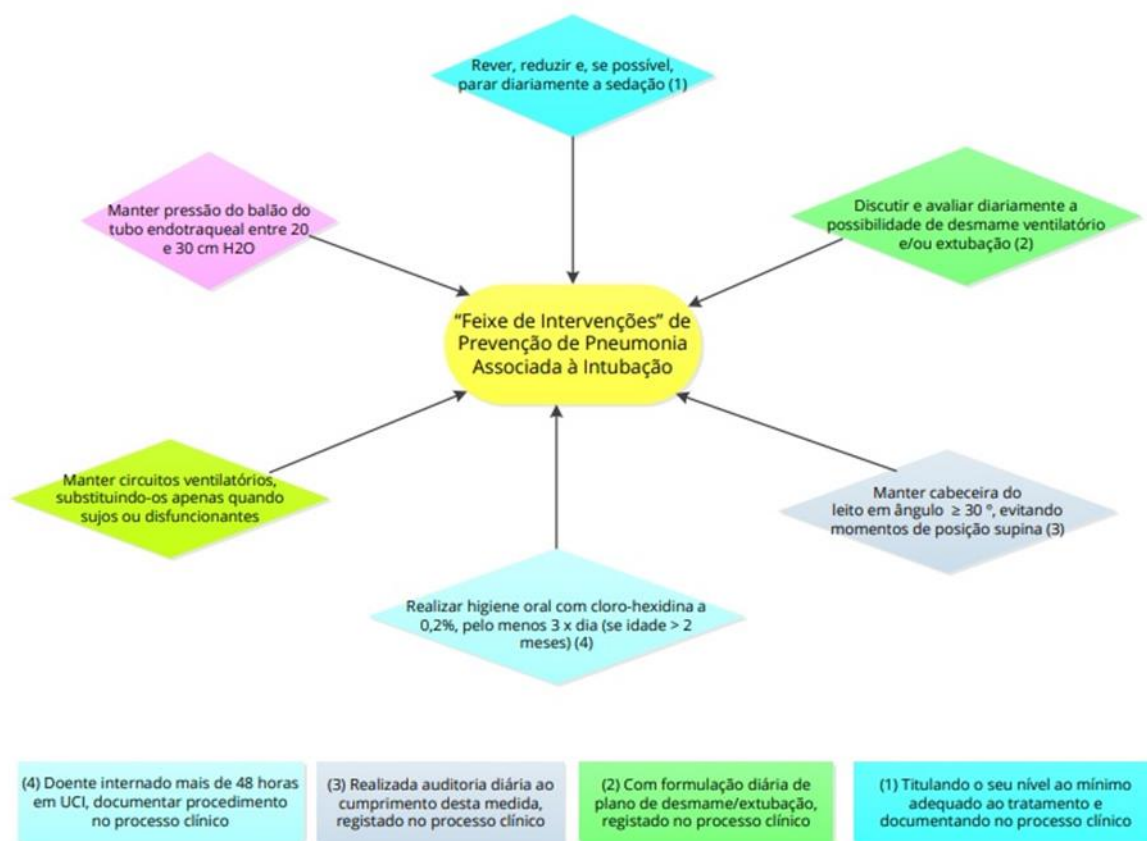
Durante os cuidados de enfermagem ao doente crítico usei sempre os equipamentos de proteção individual necessários consoante as precauções de isolamento e proteção com base nas vias de transmissão. Patei pela higienização correta das mãos, quer na lavagem das mãos quer na higienização com a utilização de solução anti-séptica de base alcoólica de acordo com o preconizado nos “5 momentos de higienização das mãos”. Utilizei técnica asséptica, sempre que necessário, de acordo com as intervenções a realizar e as portas de entrada possíveis. Vigiei a integridade dos pensos cirúrgicos e de dispositivos intravasculares e realizei a sua troca em esquema – consoante indicação no procedimento multissetorial e/ou em SOS. Geri a distribuição dos doentes pelo serviço em associação com a enfermeira orientadora, nomeadamente no uso racional dos quartos de pressão positiva e pressão negativa disponíveis no serviço. Num dos últimos turnos de estágio tive a oportunidade de colaborar na gestão de doentes pós transplante agudo, patologia hematológica agudizada com imunossupressão, doente com tuberculose pulmonar ativa e outro doente com *klebsiella pneumoniae* carbapenemase e a sua distribuição pelos quartos de pressão positiva e pressão negativa disponíveis no serviço.

Em relação à prevenção de infeção associada à ventilação, pude notar que é respeitada a norma nº 021/2015 da DGS (DGS, 2017), cujas normas/feixes de intervenção são traduzidas para o SClinic® como intervenções de enfermagem. As normas referidas (imagem 4) são: manter a cabeceira do leito em ângulo $\geq 30^\circ$; realizar higiene oral com gluconato de cloro-hexidina a 0,2%, pelo menos 3 vezes por dia; manter pressão do balão do tubo endotraqueal entre 20 e 30 cmH₂O; realizar a titulação da sedação para menor nível possível e tolerado pelo doente e planear o desmame ventilatório o mais cedo possível de acordo com o estado clínico do doente. A elaboração desta lista de feixes de intervenção só é possível porque cada aspeto está bem definido e apoiado em evidência científica (DGS,2017)¹⁸.

¹⁷ CIH.101, 104, 105, 112, 120, 124 e 125 que são respetivamente as precauções básicas, precauções de isolamento e proteção com base nas vias de transmissão, as medidas de prevenção de infeção associadas a dispositivos intravasculares e cateter vesical, prevenção de infeção associada à cirurgia, prevenção da pneumonia nosocomial, prevenção de infeção em doentes imunodeprimidos e o controlo de microrganismos epidemiologicamente importante

¹⁸ C21 – incorpora na pratica os resultados de investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências.

Imagem 3 – Feixe de Intervenções de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação



Fonte: DGS, 2017, p.2

No vasto leque de patologias e desequilíbrios do estado saúde-doença passíveis de internamento em UCI, como referi acima, esta unidade encontra-se enquadrada num centro de transplantação hepática, pancreática e renal, sendo que os doentes transplantados formam a maior fatia de população admitida. Esta UCI de elevado nível de diferenciação em conjunto com a equipa de cirurgia bilio-hepato-pancreática atingiram no início do meu período de estágio o segundo milhar de transplantes hepáticos, casuística única que tive o privilégio de testemunhar. Para além de todo/s os cuidados especializados que são prestados numa UCI, os cuidados aos doentes submetidos a transplantação são grande complexidade, necessitando de uma equipa pluridisciplinar altamente treinada e eficiente. A evolução científica e tecnológica tornou o transplante numa oportunidade de tratamento de fim de linha em muitas doenças e, apesar de apresentar elevadas taxas de sucesso, as complicações podem ocorrer, principalmente no pós-operatório imediato. De acordo com Serra (2004, p.7) a “transplantação de órgãos constitui uma modalidade terapêutica aceite para um significativo numero de doenças (...) e trata-se de uma atividade multidisciplinar que para muitos doentes constitui a única esperança de sobrevivência ou melhoria da qualidade de vida”. O mesmo

autor, refere ainda que “trata-se de uma técnica de tratamento em estados de falência crónica ou aguda dos principais órgãos, que implica a presença de equipas pluridisciplinares altamente qualificadas, bem como recursos tecnológicos” (Serra, 2004, p.7).

O tempo que a pessoa submetida a transplante irá necessitar de tratamento e vigilância intensiva é variável, dependendo do seu estado de saúde antes deste procedimento, do tipo de transplante realizado e da ocorrência ou não de complicações no pós-operatório, entre as quais se destacam: a disfunção do enxerto, a rejeição de órgão, a infeção ou a trombose dos vasos adjacentes. Como já havia sido mencionado, a equipa de enfermagem deve estar alerta para a provável ocorrência destas complicações, por forma a planear intervenções que promovam o seu reconhecimento e gestão precoces. Para além de toda a vigilância necessária e na gestão de protocolos terapêuticos complexos, o enfermeiro envolvido no processo de transplantação, e de acordo com Mendes et al (2012) deve promover a educação da pessoa em situação crítica; a implementação de intervenções que mantenham ou melhorem a saúde fisiológica, psicológica e social; o uso de intervenções que facilitem e promovam mudanças de comportamento e adesão ao tratamento em relação às complexas e prolongadas terapias; bem como, dar suporte aos doentes e familiares no planeamento, implementação e avaliação do cuidado; e promover sistemas de apoio que visem os melhores resultados dos transplantes de órgãos.

A hemodiálise tem também um papel importante na UCI, sendo que diariamente existem doentes submetidos a várias técnicas, quer contínuas, quer intermitentes, quer convencionais quer rápidas. Esta vertente está espelhada na organização do serviço, começando nas chefias, que primam pela existência de pelo menos um elemento por equipa com competências avançadas em técnicas de substituição renal e pela formação contínua em serviço que se vão realizando sobre a temática.

De acordo com Neto, Soares & Gonçalves (2017, p.42) “a enfermagem é o grupo profissional que mais participa diretamente na hemodiálise, incluindo a atuação na resolução de possíveis complicações”. Os mesmos autores (2017, p.42), referem ainda que “a atuação do enfermeiro diante destas complicações, desde a monitorização do paciente, à deteção de complicações e à rápida intervenção é essencial para a garantia de um procedimento seguro e eficiente para o doente”. A intervenção de enfermagem consiste em qualquer tratamento, baseado no julgamento e conhecimento, realizado por um enfermeiro para aumentar os resultados do doente e incluem cuidados diretos e indiretos. Durante o estágio foi possível realizar cuidados aos doentes com cateteres de hemodiálise, quer no sentido de manutenção,

quer no início e final de tratamentos. Foi possível realizar a substituição de dialisantes nas técnicas de substituição renal contínuas, a alteração de parâmetros nas técnicas intermitentes mediante a estabilidade hemodinâmica do doente e a montagem dos kit's nas respectivas máquinas. Aqui, devo salientar a necessidade de pesquisa de conteúdos acerca desta área, bem como a leitura de conteúdos técnicos fornecidos pela enfermeira orientadora, com o objetivo de compreender os princípios básicos de funcionamento de cada uma das técnicas, visto ser a primeira vez que cuidava de doentes com estas necessidades.

Para encerrar o objetivo da prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica, queria apenas salientar algumas situações em que pude mobilizar o conhecimento profissional no que diz respeito à área específica onde exerço cuidados de enfermagem com os objetivos de comunicar os resultados da minha prática clínica e promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros. Em primeiro a broncofibroscopia, que é um exame diagnóstico e terapêutico usado com bastante frequência na UCI, de tal modo que o serviço dispõe de um *trolley* portátil de imagem e de um aparelho de broncofibroscopia. Durante a realização destes exames pude partilhar e refletir com a restante equipa sobre procedimentos habituais neste tipo de intervenções e trocar impressões com a enfermeira orientadora, também ela com experiência na área dos exames endoscópicos. Também em modo de tertúlia, trocamos impressões acerca do reprocessamento do broncofibroscópio, dado este ser realizado num serviço fisicamente separado da UCI. Uma outra situação foi a necessidade da deslocação da equipa de prevenção de urgência de gastroenterologia ao serviço da UCI por suspeita de hemorragia digestiva alta num doente internado. Para além de conhecer a equipa, colaborei na realização do exame de urgência, o que me possibilitou demonstrar a minha perícia técnica. Por último, a minha integração na equipa de enfermagem da UCI permitiu realizar troca de experiências e conhecimentos, percecionando o reconhecimento e confiança nas minhas intervenções. Lembro-me de uma situação, em que a equipa de enfermagem solicitou a minha opinião acerca do posicionamento de uma sonda nasojejunal, cujo prolongamento demasiado comprido estava a provocar dúvidas. Este tipo de situações desenvolveu um sentimento de confiança que me permitiu aproveitar as oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento de competências¹⁹.

¹⁹ C6 – comunica os resultados da sua prática clínica e C25 – promove o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros.

No que diz respeito à segurança do doente, no âmbito do tema central deste relatório, o *Handoff*, pautei a minha conduta pela pesquisa de procedimentos internos e normas nacionais, para poder adequar a minha prática baseada nas normas em vigor. O procedimento multisetorial COM.115 – Transmissão de informação na transição de cuidados do CHLC (2018) foi atualizado em fevereiro de 2018 para poder corresponder a norma 001/2017 da DGS “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde” que refere que “a transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR”.

Em linha com as orientações da DGS e do procedimento multisetorial procurei desenvolver competências no uso da metodologia ISBAR (Identificação, situação atual, antecedentes, avaliação e recomendações) numa fase inicial do estágio para mais tarde poder mobilizar o conhecimento e instruir a restante equipa acerca do uso desta ferramenta. Após discussão desta temática com a enfermeira chefe do serviço e com a enfermeira orientadora, foi decidido que a melhor maneira de apresentar o tema seria com discussões após a passagem de turno com os enfermeiros, dando a oportunidade para trocar ideias acerca da temática. Ficou ainda combinada a realização e afixação de mnemónicas ISBAR (Apêndice IV) em locais privilegiados de passagem de turno e junto aos postos de registos de enfermagem, de forma a aumentar a adesão dos enfermeiros ao uso normalizado da técnica. Nas observações que pude efetuar desde o início do estágio, a forma de passagem de turno usada pela maioria dos enfermeiros contempla uma esquematização semelhante à adotada com a metodologia ISBAR. Quando refiro semelhante, o sentido que pretendo dar à afirmação é que nem todos os enfermeiros tinham contato com as metodologias de transmissão de informação, nomeadamente a ISBAR, mas realizavam a transmissão de informação de uma maneira esquematizada. Consegui transmitir a parte da equipa de enfermagem durante as passagens de turno a importância do uso de métodos esquematizados na transição de cuidados para a segurança do doente e qualidade dos cuidados e deixei documentação para consulta na sala da passagem de turno²⁰.

²⁰ C8 – demonstra um nível de aprofundamento de conhecimentos na sua área de especialização e C28 – promove a formação em serviço na sua área de especialização.

2.2 – PRÁTICA CLÍNICA: OBJETIVOS E RESULTADOS DE APRENDIZAGEM EM URGÊNCIA

O módulo decorreu no serviço de urgência de um Hospital Central da área da Grande Lisboa que tem como missão “prestar cuidados de saúde ao cidadão dentro da sua capacidade e no âmbito da sua responsabilidade. (...) para além da prestação direta de cuidados de saúde e da formação, a missão do centro hospitalar comporta ainda as vertentes da inovação, do desenvolvimento científico e da investigação, como corolário lógico e aproveitamento natural das sinergias resultantes dos eixos da prestação e da formação” (CHLN, 2018).

O conceito de emergência e urgência está definido como qualquer situação clínica de instalação súbita na qual, respetivamente, se verifica ou há risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais (DGS, 2014). A maioria da literatura faz a distinção entre estes dois termos, que pode ter a sua adequação e finalidade. A definição que se adequa mais a estes tipos de cuidados é a de Giglio-Jacquemot (2005) em que refere que a urgência e a emergência não são definidas como estados, mas como processos que se originam em pontos diferentes de um mesmo continuum, cujas extremidades opostas são, de um lado, a total ausência de risco de vida, que corresponde aos casos de rotina, e do outro, a existência de um risco de vida máximo, que corresponde aos casos de emergência. Entre os dois, num lugar indefinido, fica a urgência, que aparece assim, como uma questão de graus ou de níveis. Já Sheehy (2011) define a enfermagem de urgência, como sendo a prestação de cuidados a pessoas, de todas as idades, com alterações da saúde física ou psíquica, reais ou intuitivas, não diagnosticadas ou que requeiram outras intervenções. A prática de enfermagem de urgência reúne, como nenhuma outra, competências gerais e especializadas de avaliação, interpretação e tratamento.

O SU onde decorreu o estágio é de cariz polivalente com centro de trauma, obedecendo ao Despacho n.º 13427/2015 de 20 de novembro (2015), e está inserido num centro hospitalar de referência do SNS, constituindo-se como unidade essencial dentro do sistema de saúde português. De acordo com a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. (2018) dispõe de capacidades notáveis, a nível dos recursos humanos e tecnológicos e do conhecimento acumulado e assume-se como uma instituição de referência, pelo notável apoio que presta à população da sua área de influência, garantindo a referenciação diferenciada de diversas áreas clínicas, a nível nacional e internacional. A escolha deste SU foi certamente a mais adequada, no sentido em que pude desenvolver conhecimentos e competências no cuidado ao doente em contexto de urgência, numa urgência polivalente, de

referência a nível nacional onde a casuística de trauma e patologia médico-cirúrgica complexa torna possível o desenvolvimento de competências e de experiências vividas.

O SU é constituído por duas áreas principais, a área de ambulatório e área de internamento. À primeira correspondem os sectores de: triagem; Salas de Reanimação (SR) (duas salas com capacidade total de três unidades); sector dos laranjas (gabinetes de consulta e sala de tratamentos(STL)); sector dos amarelos (gabinetes de consulta e sala de tratamentos); sector dos verdes e azuis (gabinetes de consulta e sala de tratamentos); uma sala de aerossóis para os doentes do foro respiratório; um gabinete de cirurgia e sector de pequena cirurgia e um sector de ortopedia. Dispõe de um gabinete de colheita de análises clínicas e duas salas de exames de radiologia. A área de internamento corresponde à Sala de Observações (SO) que tem capacidade para dezasseis unidades, onde poderão estar internados doentes de todas as especialidades. Para o seu funcionamento, o SU dispõe de quatro equipas de enfermagem que se distribuem por todos os seus sectores e cada posto de trabalho no ambulatório é assegurado por, pelo menos um enfermeiro. O internamento conta com três enfermeiros, e existe um elemento adicional responsável pelas transferências intra-hospitalares e extra-hospitalares de pessoas doentes que necessitem de maior vigilância pela gravidade da situação clínica, tendo em conta a avaliação do risco que é realizada, antes do transporte. Tendo em conta a complexidade da afluência, a organização, os cuidados de enfermagem e as dotações de cada um dos postos, o funcionamento do SU é supervisionado por um enfermeiro coordenador, que detém formação pós-graduada especializada na área da pessoa em situação crítica, como preconizado pelo Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto (2014). Este enfermeiro está alocado mais à área de ambulatório e é auxiliado por outro enfermeiro, que supervisiona a área de internamento. Sempre que se justifique, o enfermeiro coordenador gere os cuidados e otimiza as respostas da equipa de enfermagem, podendo mobilizar recursos humanos e materiais onde são mais necessários de forma a colmatar fluxos de trabalho anormais, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados prestados (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro). Tendo em conta que o enfermeiro orientador de estágio desempenha funções de gestão em substituição do enfermeiro chefe de equipa nas suas ausências, programei com o enfermeiro orientador a oportunidade de apreender os aspetos básicos na gestão de equipas de enfermagem e de cuidados num serviço de urgência. Neste sentido, foi possível colaborar com o mesmo na distribuição dos enfermeiros pelos vários postos da urgência, tendo por base a complexidade dos doentes em cada posto e a experiência do enfermeiro distribuído. A gestão de equipas inclui ainda a gestão das

substituições para as pausas durante o turno, a mobilização de profissionais de acordo com a carga de trabalho entre outros aspetos. Uma situação que me recordo, aconteceu num turno da noite em que a sala dos verdes/azuis estava com pouco afluência de doentes e o SO encontrava-se com uma carga de trabalho elevada. Neste sentido, e em colaboração com enfermeiro orientador, procedemos ao encerramento da sala verdes/azuis e encaminhamos as pessoas que se encontravam a aguardar atendimento para o posto dos amarelos. Com esta alteração foi possível libertar o enfermeiro para colaborar nos cuidados no SO durante o restante período da noite²¹.

O primeiro passo do enfermeiro no momento em que inicia uma nova experiência é a sua integração no serviço, que começa na Direção de Enfermagem onde é apresentado o hospital, a sua missão e valores, as suas valências e serviços de apoio, bem como facultado um mapa para que os novos elementos consigam perceber rapidamente o seu funcionamento. É ainda preenchido um questionário acerca do acolhimento a estudantes no centro hospitalar com vista na política de qualidade da instituição. Após esta receção, fui encaminhado para o SU apresentei o meu projeto de estágio ao enfermeiro-chefe. Nesta altura, juntamente com os colegas que iniciavam o seu percurso foi-nos dado a conhecer o enfermeiro orientador, tendo em conta os objetivos específicos de cada um de nós. No que diz respeito à restante integração estrutural e funcional, esta foi progressiva e potenciada na relação diária com o Enfermeiro Orientador.

Como iniciado, de acordo com o modelo de desenvolvimento de competências de Patrícia Benner, a minha primeira perspetiva foi o contato com os doentes/situações vividas no SU nos seus diferentes setores. Devido ao fato desta experiência em contexto de urgência ser de apenas 180h e existirem vários setores no SU, após reunião com o enfermeiro orientador ficou definido que passaria apenas por SO, SR e STL, que são os locais do serviço com maior probabilidade de prestar cuidados no âmbito do doente crítico, emergência e trauma.

Em relação ao estágio em contexto de Cuidados Intensivos devo salientar que tive mais dificuldade na integração ao serviço. Os aspetos que me condicionaram inicialmente foram os sistemas de apoio à prática de enfermagem (ALERT®²² e PIXIS®²³), que desconhecia;

²¹ C26 – realiza a gestão de cuidados na sua área de especialização

²² O sistema ALERT® consiste na interação de vários módulos integrados, desde a triagem, o atendimento médico, avaliação de enfermagem, prescrições, exames complementares até ao momento da alta (<http://www.alert-online.com/pt/news/health-portal/>).

²³ O sistema Pyxis Medstation® é um sistema de dispensa automatizada de medicação que permite a gestão descentralizada deste aspeto no serviço. (<https://www.bd.com/es-es/our-products/medication-management/medication-technologies/pyxis-medstation-system>)

outro aspeto condicionante foi o vasto leque de conhecimentos a mobilizar face ao número de doentes com diferentes patologias e situações vivenciadas no SU, criando dificuldades no aprofundar de diferentes, complexos e inúmeros contextos teóricos; e por último, a quantidade de pessoas à responsabilidade do enfermeiro, com as mais distintas situações de doença que necessitam de uma priorização de cuidados. Mas não posso classificar esta experiência como negativa, salientando o apoio do enfermeiro orientador nos aspetos acima referidos, como fundamental no meu processo de aprendizagem. Em relação aos sistemas de apoio à prática de Enfermagem, com o apoio do enfermeiro orientador pude compreender os princípios básicos do seu funcionamento e desenvolver competências no âmbito da integração destes sistemas no cuidado à pessoa em situação crítica. Para fazer face ao segundo problema levantado, mobilizei as minhas experiências, associando às pesquisas em livros e bases de dados científicas onde aprofundei conhecimentos, aumentando a capacidade de os mobilizar na prática, agindo de forma mais rápida e eficiente perante as situações com que me deparava. Aqui sublinho novamente a perícia demonstrada pelo enfermeiro orientador nas situações que foram surgindo tendo sido motivado pelo exemplo. Em relação ao último problema levantado, com o desenvolvimento de competências, a integração no serviço e o apoio do enfermeiro orientador foi possível ultrapassar este problema. A triagem de prioridades nos cuidados é um aspeto fulcral no Enfermeiro Perito em cuidados à pessoa em situação crítica que tenho vindo a desenvolver desde os primeiros turnos²⁴.

O número de doentes que recorrem ao SU tem vindo a aumentar, ao passo que o número de situações de urgência tem vindo a diminuir. Em consequência disso, de acordo com Sheehy (2011) a superlotação constante do SU veio acentuar ainda mais a importância da triagem²⁵ e do papel do enfermeiro que a realiza. A triagem é o processo de seleção dos doentes que recorrem ao SU. O Enfermeiro da triagem tem a função de, rapidamente, decidir quais os doentes que necessitam de uma observação imediata e os que podem aguardar. Esta decisão, tão importante, deve basear-se numa avaliação sumária do doente, para que possa atribuir uma classificação de acuidade (Sheehy, 2011). No sentido de padronizar a triagem em Portugal, a DGS (2018), lançou a Norma 002/2018 “Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata”, que mantém o Sistema de Triagem de

²⁴ C1 – gere e interpreta, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada.

²⁵ O termo triagem, do francês trier, remonta ao exército francês que o usava para designar um hospital de evacuação dos soldados feridos. Este processo foi desenvolvido nos conflitos bélicos do século XX tendo depois sido transferido para as urgências civis pelo pessoal médico com passado militar (Sheehy, 2011).

Manchester como referência na Triagem das pessoas adultas em situação crítica, esquematizando a sua implementação e monitorização de qualidade. Sendo a triagem em Portugal realizada exclusivamente por enfermeiros, é primordial que estes estejam cientes da importância da eficácia na sua realização. Este aspeto vai influenciar o curso do doente pelo serviço de urgência e a demora expectável no fornecimento de cuidados.

Neste aspeto fundamental num serviço de urgência e por mim levantado nos indicadores de processo, não podia deixar de objetivar o desenvolvimento de competências em triagem à pessoa em situação crítica. Neste sentido, após delimitar os objetivos de estágio com o enfermeiro orientador ficou definido que desenvolverei estas competências na objetivação e priorização de cuidados nas áreas das salas de Reanimação e Diretos e não nos gabinetes de triagem. Este aspeto prende-se com a admissão à pessoa em situação crítica que entra diretamente na urgência para estas salas nas quais o sistema de triagem de manchester é feito à posteriori e após a abordagem à mesma.

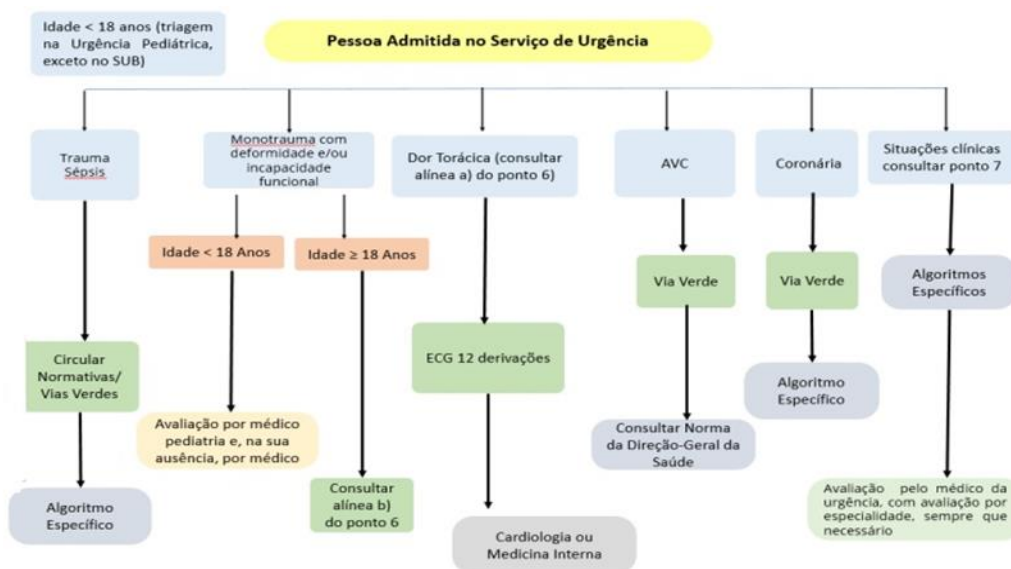
O enfermeiro de urgência deve ser um “indivíduo dos sete ofícios e ótimo conhecedor da maioria” (Sheehy, 2011). De acordo com o mesmo autor (2011), a avaliação contínua, rigorosa e apropriada constitui a base de todos os cuidados prestados ao doente. A avaliação não é apenas o primeiro passo no processo de enfermagem, mas também a chave para identificar a natureza da patologia ou traumatismo, a gravidade, a necessidade de intervenção e a resposta a essa intervenção da parte do doente. A abordagem à pessoa em situação crítica é feita de acordo com a metodologia ABCDE e os dados recolhidos são de dois tipos: subjetivos e objetivos. Os dados subjetivos consistem nas informações fornecidas pelo doente/família e/ou pessoa significativa e os dados objetivos são os achados factuais, que podem ser observados ou medidos (Sheehy, 2011). Esta abordagem divide-se em duas fases: a avaliação primária e avaliação secundária. A avaliação primária tem como objetivo detetar, de imediato, situações potencialmente com risco de vida e dar resposta através da avaliação sequencial ABCDE. A avaliação secundária visa identificar todos os indicadores clínicos de doença e/ou traumatismo – representa a restante mnemónica FGHI²⁶ (Sheehy, 2011), sendo que a avaliação de sinais vitais (F), a história e avaliação da cabeça aos pés (H), bem como a inspeção das superfícies posteriores (I) é realizada intuitivamente nos diversos momentos da abordagem ao doente crítico na sala de reanimação.

²⁶ F – Full vital signs, G – Give comfort, H – History and Head-to-toe assessment e I – Inspect posterior surface (avaliação completa de sinais vitais, proporcionar medidas de conforto, história e avaliação da cabeça aos pés e inspeção das superfícies posteriores)

A abordagem ABDCE está presente em todas as fases do cuidado de enfermagem, desde a reanimação ao SO, visto o estado da pessoa em situação crítica ser evolutivo e potencialmente instável. Criado no intuito da abordagem à vítima no pré-hospitalar, este é um tópico que realizamos instintivamente em todas as situações com que nos deparamos e devido a esse fato a sua operacionalização em contexto de urgência seja intuitiva²⁷.

Continuando no tema da admissão da pessoa em situação crítica num serviço de urgência e no seguimento da Norma 002/2018 da DGS (2018), o SU dispõe de 4 algoritmos denominados de Via Verde (VV) nas seguintes áreas: Trauma, Sepsis, Coronária e AVC (Imagem 6). Define-se “Via Verde como uma estratégia organizada para a abordagem, encaminhamento e tratamento mais adequado, planeado e expedito, nas fases pré, intra e inter-hospitalares, de situações clínicas mais frequentes e/ou graves que importam ser especialmente valorizadas pela sua importância para a saúde das populações”, de acordo com o documento orientador sobre Vias Verdes do Enfarte Agudo do Miocárdio e do Acidente Vascular Cerebral (DGS, 2018). Completando a ideia, a Administração Regional de Saúde do Norte (2009) refere que as vias verdes funcionam como uma estratégia otimizada com o objetivo da melhoria da acessibilidade dos doentes, assente na metodologia: doente certo no local certo no mais curto espaço de tempo possível.

Imagem 4 – Algoritmos para a pessoa admitida no SU



Fonte: DGS, 2018, p.8

Regressando à abordagem à pessoa em situação crítica e com o desenvolvimento de competências na área da ventilação e circulação em contexto de cuidados intensivos, que

²⁷ C14 – desenvolve uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente.

pude mobilizar e enraizar neste estágio, desenvolvi competências nos restantes passos da mnemónica²⁸. No que diz respeito à disfunção neurológica (D), este SU é um centro de referência na área do Trauma pelo que a avaliação neurológica completa é um ponto importante da avaliação do enfermeiro. Começando pela Glasgow Coma Score (GCS), este item faz parte de todas as avaliações realizadas à pessoa em situação crítica que recorre a este serviço, permitindo avaliar e despistar alterações do estado de consciência na pessoa em situação crítica em qualquer uma das valências do SU. Após relembrar todos os aspetos da GCS e familiarizar-me com o seu uso, pude exercer autonomia na sua aplicação nos Cuidados. Esta escala permite uma avaliação da abertura ocular, resposta verbal e resposta motora, aspetos com muita importância na área da traumatologia, principalmente no Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE), que de acordo com Dawodu (2017) TCE pode ser definido como uma agressão não congénita e não degenerativa ao cérebro de uma força externa, que pode levar a danos permanentes ou temporários na função cognitiva, física e psicossocial e que pode ter associada uma alteração do estado de consciência. Embora não seja o único mecanismo de desenvolvimento de alteração do estado de consciência, o TCE tem particular importância na sala de reanimação, tal como o Traumatismo Vertebral-Medular (TVM).

Das múltiplas formas de incapacidade que podem atingir o ser humano, a lesão medular é sem dúvida uma das mais dramáticas. Se pensarmos na importância fisiológica da medula, não só como transmissor de impulsos e mensagens do cérebro para todas as partes do corpo, e vice-versa, mas também como um centro nervoso em si próprio, controlando todas as funções do organismo, apercebemo-nos das consequências que uma lesão a esse nível pode ter (Faria, 2006). Quando os doentes chegam acompanhados do pré-hospitalar após trauma com suspeita de TVM em plano duro, com estabilização da coluna com colar cervical rígido é realizada uma avaliação da cabeça aos pés antes da mobilização. A transferência para a maca do serviço é sempre realizada em bloco. É realizada uma substituição do colar cervical para avaliação da região cervical e occipital e colocado novamente colar cervical até realização de exames complementares de diagnóstico (ECD). Neste aspeto, devo salientar a perícia do enfermeiro orientador que se manifesta pela liderança em sala. Foi-me possível discutir estes pormenores após a abordagem aos primeiros doentes vítimas de trauma com o enfermeiro e juntamente com pesquisa bibliográfica desenvolver competências neste âmbito para poder desenvolver a autonomia na abordagem à pessoa em situação crítica. Julgo que

²⁸ C8 – demonstra nível de aprofundamento de conhecimentos na sua área de especialização.

no final do estágio reuni competências suficientes para abordar a pessoa vítima de trauma, no que diz respeito à avaliação inicial e proteção de trauma vertebro-medular em sala de reanimação²⁹.

De acordo com Sheehy (2011), o doente traumatizado pode não parecer gravemente lesionado, devido aos fortes mecanismos de compensação que mantêm os sinais vitais adequados. Todos os membros da equipa de traumatologia devem prever lesões, ao identificar potenciais padrões de lesão relacionados com a energia e a força do traumatismo. Para isso a anamnese tem um papel fundamental e todos os pormenores contam (ex. acidente de viação: tipo de choque, velocidade, localização no carro, consequência do embate no interior do veículo). Neste sentido pude captar a importância da anamnese completa ao doente, família e tripulantes de ambulância juntamente com o enfermeiro orientador.

No aspeto da exposição/controlo ambiental (E) a privacidade do doente em contexto de urgência é um tema de extrema importância. Encontra-se amplamente legislado e as instituições de saúde devem criar condições para “ser respeitados a privacidade, o conforto, a comunicação e a informação personalizada e humanizada, as condições de visualização e fácil acesso ao doente e deve ser facilitado o acompanhamento do doente por familiar” (Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto). Deodato (2012, p.41) na sua análise da Lei de Bases da Saúde, nomeadamente na Base XVI, que se refere ao estatuto dos “utentes”, artigo 1º, alínea c) refere que “meios adequados, humanamente e com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito, concorrem para uma definição de cuidado que responda à necessidade da pessoa e que seja prestado pela sua dignidade e os seus direitos”, ou seja, o doente tem o direito a ser “atendido em saúde condigna e adequadamente”.

Neste sentido, existem alguns problemas estruturais condicionados pela alta afluência de doentes que prejudicam o cumprimento deste direito. A dificuldade em transferir os doentes para os serviços internamentos é uma constante, devido à falta de vagas. Esta situação faz com que o serviço de urgência acolha constantemente um número de doentes superior ao suportado pela estrutura física em que está inserido, o que lança desafios constantes no que respeita o cumprimento da privacidade e intimidade destes doentes. Este fato pode comprometer a ação dos enfermeiros no que concerne o cumprimento do Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE), nomeadamente no que confere a obrigatoriedade em atender aos sentimentos de pudor e intimidade inerentes à pessoa - número 1 do artigo 107º

²⁹ C13 – demonstra capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da sua área de especialização.

(Lei nº 156/2015, de 16 de setembro). A utilização de biombo e a mobilização de doentes para locais mais resguardados foram estratégias utilizadas para garantir a privacidade dos doentes neste serviço. Tive a oportunidade de discutir com o enfermeiro orientador esta problemática, reconhecida e reportada pelos enfermeiros às chefias e superiores hierárquicos.

A problemática da privacidade coloca-se ainda devido à forma como a comunicação é efetuada no serviço, sendo que, as salas em *open space* são propícias à partilha acidental de informação pessoal de cada doente. Deodato (2012, p. 42) refere que “a especificidade da relação dos cidadãos com as organizações de saúde implica o acesso a um conjunto de informação, sobre a vida das pessoas, na sua maioria que não assume natureza pública”. De modo a cumprir com o artigo 106º, dever do sigilo, que consta do CDE (Lei nº 156/2015, de 16 de setembro) procurei garantir que a partilha da informação era efetuada apenas com aqueles que estão implícitos no plano terapêutico. O confronto com as situações que acabo de descrever, que obrigam a decisões baseadas no CDE e a ação pela defesa dos Direitos Humanos, permitiram a aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (Regulamento nº 122/2011, de 18 de fevereiro). A identificação de oportunidades de melhoria e posterior sugestão de estratégias constituem-se também fulcrais na atuação do enfermeiro especialista³⁰.

Retomando a mnemónica de abordagem ao doente crítico, na avaliação secundária, a letra G – *give comfort*, não foi esquecida. O processo de conforto, de acordo com Ribeiro e Costa (2012, p. 155),

“constrói-se mediante ações e intenções dos enfermeiros/prestadores de cuidados dirigidas ao doente e às suas necessidades globais, onde se destaca a atenção ao cuidado diário e a atitude pessoal dos prestadores de cuidados: o reconhecimento do doente, o respeito, a sensibilidade, o compromisso, a preocupação, o conhecimento, a proximidade física e afetiva, a comunicação, o toque e o humor”.

A inclusão da família no processo terapêutico, já descrita em contexto de UCI, teve novamente papel preponderante no meu desenvolvimento. Tive a oportunidade de tranquilizar doentes e famílias através da demonstração de preocupação e dedicação³¹. O facto de procurar saber o nome pelo qual gosta de ser chamado, atender à sua privacidade e intimidade, proporcionar rapidamente um contacto com o familiar ou pessoa de referência,

³⁰ C11 – reflete na e sobre a prática, de forma criativa; C15 – toma decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas e C24 – zela pelos cuidados prestados na sua área de especialização.

³¹ C16 – demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura

possibilitar a presença física do familiar e incluí-los no processo de cuidados, são exemplos de atitudes que procurei ter para criar uma relação empática e eficaz na diminuição da vulnerabilidade, o que vai de encontro ao que Karlsson, Forsberg & Bergbom (2012, 2010) refere, facilitando o processo de transição saúde-doença.

A pessoa que recorre ao serviço de urgência experiencia processos de transição saúde-doença, processos estes que, pelo seu potencial de instabilidade, exigem a intervenção dos enfermeiros que podem ser facilitadores deste processo. Esta situação de fragilidade é geradora de stress e ansiedade quer para o doente quer para a sua família. Phaneuf (2005) propõe como abordagem terapêutica, a criação de um clima de confiança que ajude o doente a expressar os seus sentimentos e emoções, tentando compreender o problema seja qual for a causa. É necessário não só um cuidado tecnicista, mas também um cuidado humanizado, e foi nesse sentido que orientei a minha intervenção junto da pessoa em situação crítica e família³².

Para além das áreas abordadas anteriormente no contexto de urgência, a abordagem ao doente com hemorragia digestiva alta (HDC) fazia parte dos meus objetivos de estágio, no sentido em que pretendia continuar a aproximar estas experiências e vivências ao meu percurso profissional e comunicar os resultados da minha prática clínica, promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros. Após conversar com o enfermeiro orientador acerca das necessidades de formação e no sentido de aproveitar uma área em que sou perito, foi proposto à chefia do serviço a realização de uma formação na área da hemorragia digestiva alta (HDA) e a sua abordagem inicial. Este tema é bastante pertinente no sentido em que atualiza conhecimentos numa área específica e com casuística elevada no SU. O título da sessão foi “Hemorragia digestiva alta” (APENDICE VI) e tinha como objetivo sensibilizar a equipa de enfermagem para a problemática da HDA (plano da sessão – APENDICE V), nomeadamente na identificação de pontos chave na abordagem e triagem do doente com HDA, na identificação dos mecanismos diferenciados que causam HDA e na reunião dos cuidados chave no período pré e pós endoscopia no doente com HDA.

A formação teve uma audiência total de 31 enfermeiros, divididos por 2 sessões (14 de junho de 2018 e 2 de julho de 2018) que no geral consideraram o tema bastante interessante e pertinente. O plano da sessão, folha de presenças e avaliação da sessão foram adaptados de acordo com os que foram realizados na sessão realizada em contexto de UCI, devido ao fato

³² C10 – aborda questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização.

de não existir repositório deste tipo de documentação na instituição. Foram compiladas as respostas ao questionário de avaliação e realizado o seu tratamento que se encontra para consulta (APÊNDICE VII)³³. No seguimento desta formação, foi ainda criado um cartaz informativo para ser afixado no serviço, de forma a esquematizar o processo de abordagem ao doente com HDA (APENDICE VIII).

Para encerrar este capítulo, no que concerne ao módulo de urgência, o tema central deste relatório, o *Handoff* manteve um papel central nas competências desenvolvidas. Este aspeto foi possível devido ao fato do enfermeiro orientador realizar a defesa pública do seu relatório de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica, vertente cuidados à pessoa em situação crítica, tendo como base central ao seu projeto o uso de um método esquematizado de transmissão de informação (ISBAR) na sala de reanimação. A pertinência do ajuste na escolha do enfermeiro orientador, realizada pelo enfermeiro chefe foi de extrema importância, pois permitiu-me desenvolver competências na segurança do doente e qualidade dos cuidados, na componente da comunicação em momentos de transição do doente, acompanhado por um enfermeiro que desenvolveu o seu percurso num caminho similar. Com o apoio do enfermeiro orientador foi possível integrar o *handoff* e a metodologia ISBAR em todos os momentos da passagem do doente pelo SU, quer na triagem, nas notas de enfermagem, nas transições de turno e na comunicação entre diferentes profissionais de saúde. No seio da equipa era também perceptível a importância dada ao tema, na medida em que o enfermeiro orientador havia realizado várias formações recentemente nesta área, pelo que pautei a minha conduta pela interiorização do processo e pela discussão de ideias com o enfermeiro orientador.

³³ C27 – identifica as necessidades formativas na sua área de especialização e C28 – promove a formação em serviço na sua área de especialização.

3 – CONCLUSÃO

A realização deste relatório de estágio, intitulado de *Handoff*: barreiras e indicadores de resultado, pretendeu descrever de forma crítico-reflexiva as atividades desenvolvidas para a consecução dos objetivos e ilustrar com as experiências vivenciadas nos estágios que contribuíram para um aprofundar de conhecimento suportado na evidência científica e o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O enfermeiro especialista é um enfermeiro de referência que reflete na sua atuação a excelência do exercício, promovendo cuidados de enfermagem seguros e de qualidade. Percorrer este caminho fez-me ter uma nova perspetiva da enfermagem. A constante procura de conhecimento científico que fundamente cada tomada de decisão, permitiu-me adquirir maior capacidade de argumentação e negociação no contexto profissional, fortalecer os momentos de liderança e refletir de forma crítica na e sobre a prática, promovendo o pensamento crítico noutros profissionais. Permitiu-me também agir com maior segurança, autonomia, criatividade e destreza perante situações de instabilidade e imprevisibilidade.

É válido afirmar que a essência da disciplina de enfermagem é o cuidado à Pessoa, pois este em interação com o meio ambiente vive múltiplas experiências de saúde, sofre transições, passando de um estado de saúde para outro. Cabe ao enfermeiro especialista deter os conhecimentos para promover a aquisição de novos papéis, estilos de vida e aumentar o potencial da pessoa e da sua família.

Os estágios realizados em dois serviços tão diferentes, mas com graus de complexidade elevados, permitiram-me abordar a componente técnica e científica, bem como a relação estabelecida com o doente e sua família. No contexto de cuidados intensivos, foi possível desenvolver e cimentar conhecimentos na área da ventilação invasiva e não-invasiva, que culminou com o levantamento das necessidades formativas e realização de uma formação para os enfermeiros no âmbito da oxigenoterapia nasal de alto fluxo. Outros aspetos desenvolvidos foram a comunicação com doentes ventilados, a avaliação e atuação do enfermeiro na dor e os cuidados de enfermagem na transição saúde-doença à pessoa em situação crítica e família. No contexto de urgência, desenvolvi competências na área da

abordagem e priorização de cuidados à pessoa crítica, nas mais diferentes situações, tais como trauma, acidentes vasculares e descompensação de patologias crônicas. Tal como no estágio em contexto de cuidados intensivos, o doente crítico e família sofrem transições repentinas que abalam todo o sistema familiar, e a atuação do enfermeiro torna-se fulcral desde a primeira abordagem até à continuidade de cuidados num outro serviço. Na urgência mobilizei os conhecimentos profissionais para fazer face à necessidade de atualização de conhecimentos no que diz respeito à abordagem ao doente crítico com hemorragia digestiva alta, que culminou com duas sessões de formação acerca do tema, bem como a elaboração de um cartaz informativo para consulta no serviço.

O tema transversal deste relatório, o *Handoff*, que desenvolvi através de uma revisão sistemática da literatura teve também um papel fulcral neste percurso, na medida em que possibilitou a descodificação de um tema tão complexo como a transição de informação e responsabilidade do doente entre profissionais de saúde. Foi possível com esta revisão partilhar ideias com as restantes equipas dos serviços por onde passei, bem como do serviço onde exerço funções, acerca desta temática e exercer uma competência fundamental de enfermeiro especialista – a formação dos pares.

Completar esta formação pós-graduada foi uma experiência que contribuiu de todo para a aquisição de competências académicas no enquadramento conceptual da profissão de enfermagem, assim como desenvolver a capacidade de as aplicar à prática clínica de enfermagem. Este percurso foi de fato um desafio. As pequenas e grandes conquistas que caracterizaram esta caminhada foram apenas os primeiros passos no meu processo de transformação. O verdadeiro desafio começa agora com um novo olhar acerca da Enfermagem.

4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHAM, Joanna [et al.] – Ensuring Patient Safety in Care Transitions: An Empirical Evaluation of a Handoff Intervention Tool. **AMIA Annual Symposium Proceedings** [em linha]. 2012, p. 17–26. [consult. 2018-05-28]. Disponível na internet: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3540511/>> ISSN: 1559-4076

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO – **Cuidados de saúde hospitalares: Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E.P.E.** [em linha]. Lisboa, 2018. [consult. 2018-06-03]. Disponível na internet: <http://www.arslvt.min-saude.pt/pages/283?poi_id=2215>

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE – **Um ano de reflexão e mudança** [em linha]. Porto, 2009. Serviço Nacional de Saúde. [consult. 2018-06-02]. Disponível na internet: <www.arsnorte.min-saude.pt>

AGHA, Riaz – Handover in Trauma and Orthopaedic Surgery – A Human Factors Assessment. **Annals of Medicine and Surgery** [em linha]. Vol. 1 (2012). p. 25-29. [consult. 2018-06-03]. Disponível na internet: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4523154/>> ISSN: 2049-0801

ALVES, Ana – A Comunicação com a Pessoa em Situação Crítica Submetida a Ventilação Mecânica Invasiva – Perspetiva do Enfermeiro. **Dissertação para a obtenção do grau de mestre** [em linha]. Instituto Politécnico de Viana do Castelo, 2012. [consult. 2018-02-16]. Disponível na internet: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1199/1/Ana_Alves.pdf>

AVISO n.º 3127/2016 de 8 de março. Diário da República, 2.ª série — N.º 47. **Regulamento de Creditação da Universidade Católica Portuguesa** [em linha]. Lisboa, 2016. [consult. 2018-06-06]. Disponível na internet: <<https://dre.pt/application/conteudo/73807508>>

BENNER, Patricia – **De iniciado a perito**. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN 9728535-97-X

BOST, Natalie, [et al.] – Clinical handover of patients arriving by ambulance to a hospital emergency department: a qualitative study. **International Emergency Nursing** [em linha]. Vol. 20, n.º 3 (2012), p. 133-141. [consult. 2018-05-28]. Disponível na internet: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22726945>> ISSN: 1878-013X

CAVACO, Vera [et al.] – Comunicar com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva: que estratégias? - revisão sistemática. **Revista de Enfermagem UFPE Online** [em linha]. Vol. 7, n.º 5(2013), p.4535-43. [consult. 2018-01-29]. Disponível na internet: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11697/13896>> ISSN:1981-8963

CHICK Norma; MELEIS Alaf – Transitions: A nursing concern. In CHINN, Peggy - **Nursing research methodology** [em linha]. Boulder: Aspen Publication, 1986. p. 237-357. [consult. 2018-02-01]. Disponível na internet: <<https://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1008&context=nrs>> ISBN: 087-189-3738

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, E.P.E. – Procedimento multisetorial “**Princípios orientadores na documentação dos cuidados de enfermagem**” GIN.106 de 22 de setembro. Lisboa, 2015

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, E.P.E. – Procedimento multisetorial “**Documentação dos cuidados de enfermagem no processo clínico**” GIN.102 de 5 de outubro. Lisboa, 2015

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, E.P.E. – procedimento multisetorial “**Organização e gestão da formação em serviço**” FOR.111 de 7 de novembro. Lisboa, 2017

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, E.P.E. – Procedimento multisetorial
“Avaliação e registo da Dor enquanto 5º sinal vital” TRC.111 de 29 de janeiro. Lisboa,
2018

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, E.P.E. – procedimento multisetorial
“Transmissão de informação na transição de cuidados” COM.115 de 15 de fevereiro.
Lisboa, 2018

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA NORTE, E.P.E. – o centro hospitalar: missão e
valores [em linha]. Lisboa (2018). [consult. 2018-06-10]. Disponível na internet:
<<http://www.chln.min-saude.pt/index.php/o-chln/missao-e-valores>>

CLANTON, Jesse [et al.] – Patient Hand-Off iNitiative and Evaluation (PHONE) study: A
randomized trial of patient handoff methods. **American Journal Of Surgery** [em linha].
Vol. 213, n.º 2(2017). p. 299-306. [consult. 2018-06-06]. Disponível na internet:
<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27998549>> ISSN: 1879-1883

COHEN, Michael; HILLIGOSS, Bryan – The published literature on handoffs in hospitals:
deficiencies identified in an extensive review. **BMJ Quality & Safety** [em linha]. Vol. 19
(2010). p. 493-497. [consult. 2018-05-20]. Disponível na internet:
<<https://qualitysafety.bmj.com/content/19/6/493.info>> ISSN 2044-5423

COON, Elizabeth [et al.] – Structured handoff checklists improve clinical measures in
patients discharged from the neurointensive care unit. **Neurology Clinical Practice** [em
linha]. Vol. 5, n.º 1(2015). p. 42-49. [consult. 2018-05-22]. Disponível na internet:
<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5764427/>> ISSN: 2163-0933

DAHLQUIST, Robert [et al.] – Standardized Reporting System Use During Handoffs
Reduces Patient Length of Stay in the Emergency Department. **Journal of Clinical
Medicine Residence** [em linha]. Vol. 10, n.º 5 (2018), p. 445-451. [consult. 2018-05-22].
Disponível na internet: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5862093/>>
ISSN: 1918-3003

DAVIES, Sue – Meleis's theory of nursing transitions and relatives' experiences of nursing home entry. **Journal of Advanced Nursing** [em linha]. Vol. 52, n.º 6 (2005) p. 658-671. [consult. 2018-05-22]. Disponível na internet:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16313379>> ISSN: 1365-2648

DAWODU, Segun – Traumatic Brain Injury (TBI) - Definition, Epidemiology, Pathophysiology. **Medscape: physical medicine and rehabilitation** [em linha]. 2017. [consult. 2018-10-13]. Disponível na internet:

<<https://emedicine.medscape.com/article/326510-overview>>

DEODATO, Sérgio – **Direito à saúde: colectânea de legislação anotada**. Coimbra: Edições Almedina, 2012. ISBN: 978-972-40-4750-8.

DESPACHO n.º 10319/2014 de 11 de agosto. Diário da República, 2.ª série — N.º 153. **Estrutura do sistema integrado de emergência médica** [em linha]. Lisboa. [consult. 2018-06-02]. Disponível na internet: <<https://dre.pt/application/conteudo/55606457>>

DESPACHO n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro. Diário da República, N.º 28 — 2.ª série. **Plano Nacional para a segurança dos doentes 2015-2020** [em linha]. Lisboa. [consult. 2018-03-04]. Disponível na internet:

<<https://www.dgs.pt/ms/8/pagina.aspx?js=0&codigoms=5521&codigono=02030213AAA>
[AAAAAAAAAAAAAAAA](#)>

DESPACHO n.º 13427/2015 de 20 de novembro. Diário da República, 2.ª série — N.º 228. **Pontos da rede de referência de urgência/emergência** [em linha]. Lisboa. [consult. 2018-06-02]. Disponível na internet: <<https://dre.pt/application/conteudo/71066231>>

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento** [em linha]. Lisboa: 2003. [consult. 2018-02-20]. Disponível na internet: <<https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>> ISBN: 972-675-097-0

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Roteiro de Intervenção em Cuidados de Emergência e Urgência** [em linha]. Lisboa: 2014. [consult. 2018-05-05]. Disponível na internet: <[http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2014/12/2014_4_Cuidados_de_Emergência_e_Urgência.pdf](http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2014/12/2014_4_Cuidados_de_Emergencia_e_Urgencia.pdf)>

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Norma nº 021/2015: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação** [em linha]. Lisboa, 2015. [consult. 2018-03-14]. Disponível na internet: <<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015.aspx>>

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Norma nº 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde** [em linha]. Lisboa, 2017. [consult. 2018-02-16]. Disponível na internet: <<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017.aspx>>

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Norma nº 002/2018: Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata** [em linha]. Lisboa, 2018. [consult. 2018-05-05]. Disponível na internet: <<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx>>

DRES, Martin; DEMOULE, Alexandre - O que todo intensivista deve saber sobre oxigenoterapia nasal de alto fluxo em pacientes críticos. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva** [em linha]. Vol. 29, nº 4 (2017), p. 399-403. [consult. 2018-02-19]. Disponível na internet: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v29n4/0103-507X-rbti-20170060.pdf>> ISSN: 1982-4335

DUONG, Jonathan [et al.] – Exploring Physician Perspectives of Residency Holdover Handoffs: A Qualitative Study to Understand an Increasingly Important Type of Handoff. **Journal Of General Internal Medicine** [em linha]. Vol. 32, n.º 6(2017), p. 654-659. [consult. 2018-06-10]. Disponível na internet: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28194689>> ISSN: 0884-8734

FARIA, Filipa – Lesões vértebro-medulares – A perspetiva da reabilitação. **Revista Portuguesa de Pneumologia** [em linha]. Vol. XII, n.º 1 (2006), p. 45-53. [consult. 2018-06-01]. Disponível na internet: <https://ac.els-cdn.com/S0873215915304670/1-s2.0-S0873215915304670-main.pdf?_tid=a264e71a-e6f7-441c-8066-939db1685d8c&acdnat=1543793963_4058c7c160d96f383fa941610626e28f> ISSN: 2172-6825

GIBBONS, John [et al.] – Implementation of a surgical handover tool in a busy tertiary referral centre: a complete audit cycle. **Irish Journal Of Medical Science** [em linha]. Vol. 185, n.º 1 (2016), p. 225-229. [consult. 2018-05-24]. Disponível na internet: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25772125>> ISSN: 1863-4362

GIGLIO-JACQUEMOT, Armelle – **Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. ISBN: 978-85-7541-378-4

HADA, Adriana; COYER, Fiona; JACK, Leanne – Nursing bedside clinical handover: a pilot study testing a ward-based education intervention to improve patient outcomes. **Journal of the Australasian Rehabilitation Nurses' Association (JARNA)** [em linha]. Vol. 21, n.º 1 (2018), p. 9-18. [consult. 2018-05-25]. Disponível na internet: <<https://search.informit.com.au/documentSummary;dn=673816897645749;res=IELHEA>> ISSN: 1440-3994

HALM, Margo – Nursing handoffs: ensuring safe passage for patients. **American journal of critical care** [em linha]. Vol. 22, n.º 2 (2013), p. 158-162. [consult. 2018-06-02]. Disponível na internet: <<http://ajcc.aacnjournals.org/content/22/2/158.full>> ISSN: 1937-710X

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES - **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE® Versão 2.0**. Edição portuguesa: Ordem dos Enfermeiros. Lisboa (2011). ISBN 978-929-509-435-2

JOINT COMISSION INTERNATIONAL – **Improving Transitions of Care: Hand-off Communications** [em linha]. Joint Commission Center for Transforming Healthcare (2014). [consult. 2018-02-08]. Disponível na internet: <https://www.centerfortransforminghealthcare.org/assets/4/6/handoff_comm_storyboard.pdf>

JOINT COMISSION INTERNATIONAL – Inadequate hand-off communication. **Joint Commission Sentinel Event Alert** [em linha]. Vol. 58 (2017). [consult. 2018-03-02]. Disponível na internet: <[https://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_58_Hand_off_Comms_9_6_17_FIN_AL_\(1\).pdf](https://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_58_Hand_off_Comms_9_6_17_FIN_AL_(1).pdf)>

KARLSSON, Veronika; FORSBERG, Anna; BERGBOM, Ingegerd – Relatives' experiences of visiting a conscious, mechanically ventilated patient - a hermeneutic study. **Intensive & Critical Care Nursing** [em linha]. Vol. 26 (2010). p. 91–100. [consult. 2018-02-10]. Disponível na internet: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20060719>>
ISSN: 1532-4036

KARLSSON, Veronika; BERGBOM, Ingegerd; & FORSBERG, Anna – The lived experiences of adult intensive care patientes who were conscious during mechanical ventilation: A phenomenologicalhermeneutic study. **Intensive & Critical Care Nursing** [em linha]. Vol. 28 (2012). p. 6–15. [consult. 2018-02-10]. Disponível na internet: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22172747>> ISSN: 1532-4036

KEAR, Tamara; BHATTACHARYA, Andy; WALSH, Megan – Continuing Nursing Education. Patient Handoffs in Nephrology Nurse Practice Settings: A Safety Study. **Nephrology Nursing Journal** [em linha]. Vol. 43, n.º 5 (2016), p. 379-400. [consult. 2018-06-02]. Disponível na internet: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26295089>>
ISSN: 2163-5390

KÉROUAC, Suzanne [et al.] – **El pensamient enfermero**. Barcelona: Masson, 2002. ISBN 2-7607-0584-6;

LEI n.º 156/2015 de 16 de setembro. Diário da República n.º 181 – 1ª série. **Estatuto da Ordem dos Enfermeiros** [em linha]. Lisboa (2015). [consult. 2018-03-15]. Disponível na internet: <<https://dre.pt/application/conteudo/70309896>>

LOPES, Elsa – O impacto da implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem na avaliação do risco de queda. **Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em supervisão clínica** [em linha]. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2015. [consult. 2018-03-22]. Disponível na internet: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9763/1/MSCE_Disserta%C3%A7%C3%A3o%20mestrado_Elsa%20Lopes%20%28ep%202578%29.pdf>

LOUREIRO, Maria - Satisfação das necessidades dos familiares dos doentes internados em unidade de cuidados intensivos. **Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem** [em linha]. Viseu: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu. 2011. [consult. 2018-03-15]. Disponível na internet: <<http://hdl.handle.net/10400.19/1648>>

MACEDO, Mónica - Supervisão na integração de enfermeiros à luz do modelo bioecológico. **Dissertação de Mestrado** [em linha]. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2012. [consult. 2018-03-20]. Disponível na internet: <<http://hdl.handle.net/10773/9956>>

MALEKZADEH, Javad [et al.] – A standardized shift handover protocol: improving nurses' safe practice in intensive care units. **Journal Of Caring Sciences** [em linha]. Vol. 2, n.º 3 (2013), p. 177-185. [consult. 2018-06-10]. Disponível na internet: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4134157/>> ISSN: 2251-9920

MARCELINO, Paulo – **Manual de ventilação mecânica no adulto – abordagem ao doente crítico**. Loures: Lusociência, 2008. ISBN 978-972-8930-42-4;

MARTINHO, Carina; RODRIGUES, Inês – A comunicação dos doentes mecanicamente ventilados em unidades de cuidados intensivos. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva** [em linha]. Vol. 28, n.º 2 (2016), p.132-140. [consult. 2018-02-12]. Disponível na internet: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2016000200132&script=sci_abstract&tlng=pt> ISSN: 1982-4335

MELEIS, Alaf [et al.] – Experiencing Transitions: An emerging middle-range theory. **Advances in Nursing Science** [em linha]. Vol.23, Nº1 (2000), p.12-28. [consult. 2018-02-01]. Disponível na internet: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10970036>>
ISSN: 1550-5014

MELEIS, Afaff – **Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice** [em linha]. New York: Springer Publishing Company, 2010. [consult. 2018-02-10]. Disponível na internet: <https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf> ISBN 978-0-8261-0535-6

MENDES, Karina [et al.] - Transplante de órgãos e tecidos: responsabilidades do enfermeiro. **Texto Contexto Enfermagem** [em linha]. Vol. 21, nº 4 (Out-Dez 2012), p. 945-953. [consult. 2018-02-08]. Disponível na internet: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000400027>
ISSN: 1980-265X

MESTRINHO, Maria [et al.] - Formação em enfermagem: Docentes investigam. **Associação Portuguesa de Enfermeiros**. Lisboa, 2001. ISBN 972-98149-2-9

NAGPAL, Kamal [et al.] – Improving postoperative handover: a prospective observational study. **American Journal Of Surgery** [em linha]. Vol. 206, n.º 4 (2013), p. 494-501. [consult. 2018-05-26]. Disponível na internet: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24079469>> ISSN: 1879-1883

NETO, Isac; SOARES, Gibércia; GONÇALVES, Adriano – O Papel do Enfermeiro de unidade de terapia intensiva na hemodiálise. **Revista UNINGÁ Review** [em linha]. Vol.31, nº1 (Jul - Set 2017), p. 40-44. [consult. 2018-02-20]. Disponível na internet: <<http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/2041>> ISSN: 2318-0579

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – **Summary of the evidence on patient safety: implications for research** [em linha]. WHO Library Cataloguing, 2008. [consult. 2018-04-12]. Disponível na internet:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43874/9789241596541_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> ISBN 978-924-1596-54-1;

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – **Human Factors in Patient Safety: Review of Topics and Tools** [em linha]. Patient Safety Work Group, 2009. [consult. 2018-04-12]. Disponível na internet:

<https://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_factors/human_factors_review.pdf>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – **Patient safety assessment manual** [em linha]. 2ª edição. Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2016. [consult. 2018-04-12]. Disponível na internet: <<http://apps.who.int/iris/handle/10665/249569>>
ISBN: 978-929-0221-19-7

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos** [em linha]. Lisboa: Divulgar, 2002. [consult. 2018-02-03]. Disponível na internet:

<<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>>

ORDEM ENFERMEIROS – **Caderno Temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE)** [em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2009. [consult. 2018-01-26]. Disponível na internet:

<<https://membros.ordemenfermeiros.pt/Documentos/Documents/cadernostematicos2.pdf>>

PHANEUF, Margot – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Montreal: Lusociência, 2005. ISBN 978-972-8383-84-8;

PINA, Elaine [et al.] – Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. **Revista Portuguesa de Saúde Pública** [em linha]. Vol. 10 (2010), p. 27-39. [consult. 2018-02-13]. Disponível na internet: <<http://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-infeccoes-associadas-aos-cuidados-saude-X0870902510898567>> ISSN: 2173-4135

PONCE, Pedro – **Manual de Terapêutica Médica**, 2ª Ed. Lisboa: Lidel, 2010. ISBN 978-972-757-588-6;

RAMALHO, Anabela - **Manual para redacção de estudos e projectos de revisão sistemática com e sem metanálise**. 1ª edição. Coimbra: Formasau, 2005. ISBN 972-848554-9;

REDLEY, Bernice [et al.] – Inter-professional clinical handover in postanaesthetic care units: tools to improve quality and safety. **International Journal for Quality in Health Care** [em linha]. 2016, Vol. 28(5), p. 573–579. [consult. 2018-05-28]. Disponível na internet: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27424328>> ISSN: 1464-3677

REGULAMENTO n.º 122/2011 de 18 de fevereiro. Diário da República n.º35 – 2ªsérie. **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista** [em linha]. Lisboa, 2011. [consult. 2018-03-04]. Disponível na internet: <<http://www.aper.pt/Ficheiros/competencias%20comuns.pdf>>

REGULAMENTO n.º124/2011 de 18 de fevereiro. Diário da República n.º35 – 2ªsérie. **Regulamento das Competências Específicas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica** [em linha]. Lisboa, 2011. [consult. 2018-03-04]. Disponível na internet: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf>

RIBEIRO, Patrícia; COSTA, Maria – O conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar: contributos para uma revisão sistemática da literatura. **Revista de Enfermagem Referência** [em linha]. III série, n.º 3 (2012), p. 149-158. [consult. 2018-11-17]. Disponível na internet: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn7/serIIIIn7a16.pdf>> ISSN: 0874-0283

RIBEIRO, Patrícia; MARQUES, Rita; RIBEIRO, Marta – O cuidado geriátrico: modos e formas de confortar. **Revista Brasileira de Enfermagem** [em linha]. Vol. 70, n.º 4 (2017), p. 865-872. [consult. 2018-11-17]. Disponível na internet: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n4/pt_0034-7167-reben-70-04-0830.pdf> ISSN: 1984-0446

RUDIGER-STURCHLER, Marjam; KELLER, Dagmar; BINGISSER, Roland – Emergency physician intershift handover - can a DINAMO checklist speed it up and improve quality? **Swiss Medical Weekly** [em linha]. Vol. 140 (2010). [consult. 2018-06-04]. Disponível na internet: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20927684>> ISSN: 2504-1622

SAIOTE, Elisabete – A percepção dos enfermeiros sobre a importância da partilha de informação com os familiares numa unidade de cuidados intensivos. **Dissertação de mestrado** [em linha]. Lisboa: ISCTE, 2010. [consult. 2018-02-16]. Disponível na internet: <<http://hdl.handle.net/10071/2613>>

SALZWEDEL, Cornelia [et al.] – The effect of a checklist on the quality of patient handover from the operating room to the intensive care unit: A randomized controlled trial. **Journal Of Critical Care** [em linha]. Vol. 32 (2016), p. 170-174. [consult. 2018-06-02]. Disponível na internet: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26818630>> ISSN: 2314-6990

SAMPAIO, R.; MANCINI, M. – Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Rev. bras. Fisioter** [em linha]. vol. 11, n.º 1(2007), p. 83-89. [consult. 2018-06-02]. Disponível na internet: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552007000100013> ISSN 1809-9246

SANTOS, Grazielle; CAMPOS, Juliana; SILVA, Rafael – Comunicação no handoff na terapia intensiva: nexos com a segurança do paciente. **Esc. Anna Nery [online]** [em linha]. 2018, vol.22, n.º 2 (2018). [consult. 2018-05-17]. Disponível na internet: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n2/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0268.pdf> ISSN 2177-9465

SEQUEIRA, Carlos – **Comunicação clínica e relação de ajuda**. 1ª ed. - Lisboa: Lidel, 2016. ISBN 978-989-752-168-3

SERRA, Helena – A construção social de tecnocracias médicas: o olhar da Sociologia no mundo da transplantação hepática. **Dissertação para a obtenção do grau de Doutoramento em Sociologia Económica e das Organizações** [em linha]. Lisboa: Instituto Superior de Economia e Gestao da Universidade Técnica de Lisboa, 2004.[consult. 2018-03-19]. Disponível na internet: <<https://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/3056>>

SHEEHY, Susan – **Enfermagem de Urgência: da Teoria à prática**. Loures: Lusodidacta, 2011. ISBN 978-972-8930-63-9;

SILVA, Maria Goretti – Programa remodelado. Que novidades. **Nursing** [em linha]. Vol. 230 (2008), p. 4-7. [consult. 2018-02-18]. Disponível na internet: <<https://www.nursing.pt/category/cientificos/>> ISSN 0871-6196

SPOONER, Amy, [et al.] – Measurement of the frequency and source of interruptions occurring during bedside nursing handover in the intensive care unit: An observational study. **Australian Critical Care: Official Journal Of The Confederation Of Australian Critical Care Nurses** [em linha]. Vol. 28, n.º 1 (2015), p. 19-23. [consult. 2018-06-02]. Disponível na internet: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24815953>> ISSN: 1878-1721

TAM, Penny, [et al.] – Structured patient handoff on an internal medicine ward: A cluster randomized control trial. **Plos One** [em linha]. Vol. 13, n.º4 (2018) p. 1-12. [consult. 2018-06-02]. Disponível na internet: <<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0195216>> ISSN: 1549-1676

TANAKA, Oswaldo; TAMAKI, Edson – O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência Saúde Colectiva (Online)** [em linha]. Vol. 17, n.º 4 (2012), p. 821-828. [consult. 2018-02-02]. Disponível na internet: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000400002&script=sci_abstract&tlng=pt> ISSN: 1678-4561

TATE, Judith [et al.] – Anxiety and agitation in mechanically ventilated patients. **Quality Health Res** [em linha]. Vol. 22, n.º 2 (2012), p. 157-73. [consult. 2018-02-27]. Disponível na internet: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21908706>> ISSN: 1170-8336

THOMSON, Heather, [et al.] – Factors affecting quality of nurse shift handover in the emergency department. **Journal Of Advanced Nursing** [em linha]. Vol. 74, n.º 4 (2018), p. 876-886. [consult. 2018-05-29]. Disponível na internet: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29117454>> ISSN: 1365-2648

URDEN, Linda; STACY, Kathleen; LOUGH, Mary - **Enfermagem de cuidados intensivos: diagnóstico e intervenção - 5ª ed.** Loures: Lusociência, 2008. ISBN 978-989-8075-08-6;

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA – **Regulamento geral do curso de mestrado.** Lisboa, 2017;

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA - **Guia de Estágio final e Relatório – Curso de Mestrado em Enfermagem.** Lisboa, 2018;

WELSH, Catherine [et al.] – Barriers and facilitators to nursing handoffs: Recommendations for redesign. **Nursing Outlook** [em linha]. Vol. 58, n.º 3 (2010), p. 148-154. [consult. 2018-06-02]. Disponível na internet: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20494690>> ISSN: 1528-3968

YANG, Jian-Guo; ZHANG, Jun – Improving the postoperative handover process in the intensive care unit of a tertiary teaching hospital. **Journal Of Clinical Nursing** [em linha]. Vol. 25, n.º 7-8 (2016), p. 1062-1072. [consult. 2018-06-02]. Disponível na internet: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26814685>> ISSN: 1365-2702

ZAGONEL, Ivete – O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. **Revista latino-americana de enfermagem** [em linha]. Ribeirão Preto, vol. 7, n.º 3 (1999), p. 25-32. [consult. 2018-02-18]. Disponível na internet: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n3/13473.pdf>> ISSN: 1518-8345

APÊNDICES

APÊNDICE I

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO “OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUXO: O ESTADO DA CIÊNCIA”

FORMAÇÃO EM SERVIÇO - PLANO DE SESSÃO

Tema: OXIGENOTERAPIA NASAL DE ALTO FLUXO - O ESTADO DA CIÊNCIA

Local: BIBLIOTECA - UCIP 7 - HCURRY (3334) Data: 04/04/2018 Hora: 14 h 00

Objetivo geral: SENSIBILIZAR A EQUIPA DE ENFERMAGEM PARA A TÉCNICA DA OXIGENOTERAPIA NASAL DE ALTO FLUXO

Objetivos específicos:

- DIVULGAR OS MECANISMOS DE APLICAÇÃO DA OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUXO

- APRESENTAR OS MECANISMOS DIFERENCIADOS E RESULTADOS DA APLICAÇÃO DE OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUXO

- PROMOVER A REFLEXÃO CRÍTICA ACERCA DO USO DE OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUXO

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS E TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁTICOS	TEMPO	FORMADOR(ES)
DISPOSITIVOS DE OXIGENOTERAPIA NASAL DE ALTO FLUXO (ONAF)	EXPOSITIVA	COMPUTADOR / POWER POINT	2 min	ALUNO DE MESTRADO ESPECIALIZANTE DE ENFERMAGEM MÉDICO - - CÍRCULO, VENTENTE CRÍTICA JOSÉ FRANCISCO DA SILVA NEVES, Nº 192017081
APLICAÇÃO DE DISPOSITIVOS DE ONAF			3 min	
MECANISMOS DIFERENCIADOS DE ONAF			7 min	
RESULTADOS FISIOLÓGICOS DE ONAF			8 min	
UTILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS DE ONAF			5 min	
ESTUDOS CIENTÍFICOS ACERCA DE ONAF			5 min	
PRECAUÇÕES, COMPLICAÇÕES E CONTRA-INDICAÇÕES NO USO DE ONAF			5 min	
ESCLARECIMENTO DE DUVIDAS			5 min	

C.H.L.C. Mod. 0003

APÊNDICE II

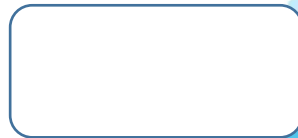
**FORMAÇÃO: “OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUXO: O ESTADO DA
CIÊNCIA**

Oxigenoterapia Nasal de alto fluxo – o estado da ciência

Elaborado por:
Francisco Neves

Aluno do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Pessoa em Situação Crítica

Orientado por:
Enf.ª Maria Albina Agrelo
Prof. Maria Madureira

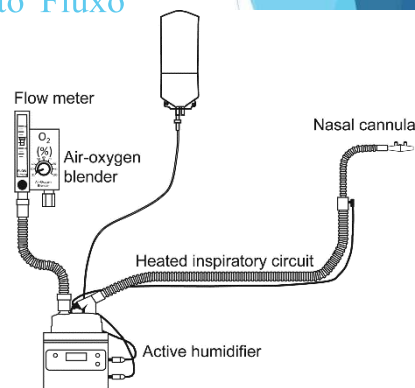


Plano da sessão

- Data e hora: 4 de abril de 2018, 14h00
- Local: biblioteca da UCIP 7, Hospital Curry Cabral
- Plano:
 - Destinatários: equipa de enfermagem da UCIP 7
 - Duração: 40 minutos
 - Método: expositivo com apoio de PowerPoint e videoprojector
 - Avaliação: através de impresso próprio – Procedimento multissetorial – FOR.111 – Organização e gestão da formação em serviço
- Objetivo geral:
 - Sensibilizar a equipa de enfermagem para a técnica da Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo (ONAF)

Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo ONAF

- O sistema ONAF pressupõe:
 - Fonte de oxigénio
 - Aparelho de mistura de ar/oxigénio e fluxómetro
 - UCIP7 – ventiladores Hamilton® / servoi®
 - Humidificador / Aquecedor
 - Sistema de fornecimento de água e balão de água estéril
 - Tubo de circuito inspiratório aquecido
 - Cânula nasal / adaptador para traqueostomia ou máscara



Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo ONAF

- Aparelho de mistura de ar/oxigénio deve permitir:
 - Fluxos superiores a 30 L/min
 - FiO₂ até 100%
- Humidificador e Aquecedor deve permitir:
 - Garantir uma humidade próxima a 100% - corresponde a 44mg/dL de H₂O
 - Garantir aquecimento do gás fornecido até 37°C

Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo Dispositivos

- Configuração com ventilador:
 - Cânula nasal de alto fluxo
 - Circuito respiratório de alto desempenho
 - Humidificador
 - Sensor de temperatura e fio aquecido
 - Ventilador com função alto fluxo
 - Apesar dos ventiladores disporem de um serviço de humidificação HME (permutador de calor e humidade passivo) os estudos acerca de Oxigenoterapia de alto fluxo impõem o uso de humidificadores ativos mais conhecidos como “painéis humidificadoras” (1-10)



Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo Dispositivos

- Configuração com blender:
 - Cânula nasal de alto fluxo
 - Circuito respiratório de alto desempenho
 - Humidificador
 - Sensor de temperatura e fio aquecido
 - Blender de alto fluxo com fluxómetro de alto fluxo
 - Pedestal ou suporte



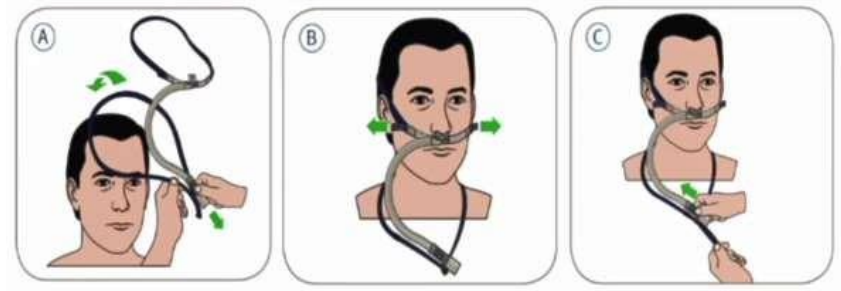
Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo Dispositivos

- Configuração com 2 fluxómetros:
 - Cânula nasal de alto fluxo
 - Circuito respiratório de alto desempenho
 - Humidificador
 - Sensor de temperatura e fio aquecido
 - Fluxómetro de O2 e fluxómetro de ar comprimido
 - Adaptador duplo para linhas de gás
 - Pedestal ou suporte



Fisher & Paykel Healthcare@ES

Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo Aplicação



Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo Aplicação

- Medição aproximada da cânula



- A cânula deve obstruir no máximo 50% do diâmetro nasal.
- NÃO** vede a narina como a pronga.

(20) Mills, C., Pons-Odena, M. Annals of Intensive Care (2014) 4(2)

Fisher & Paykel Healthcare@ES

Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo Aplicação

- Diferentes interfaces



Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo Aplicação

- Diferentes tamanhos de cânula nasal

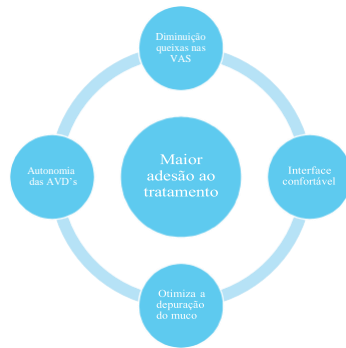


Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo Aplicação

- Material de apoio à fixação



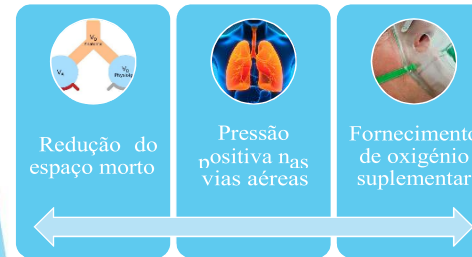
Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo



Hidratação das vias aéreas

Conforto do doente

Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo



Suporte respiratório

Hidratação das vias aéreas

Conforto do doente

(2) Nishimura – Respiratory Care (2016) 61(4)

Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo

FiO₂ com taxas de precisão até 100%

(1) Dres e Demonde (2017)
Ver Bras Ter Intensiva 29 (4)



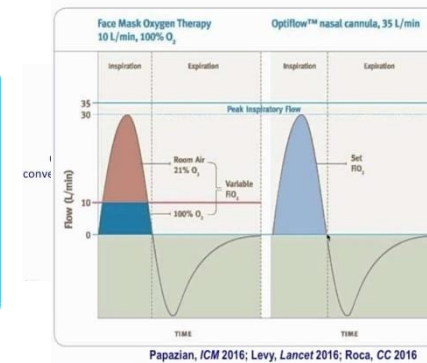
Suporte respiratório

Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo

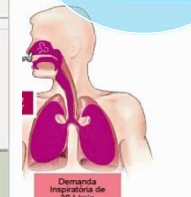
Fornecimento de oxigênio suplementar

Satisfação da demanda do doente

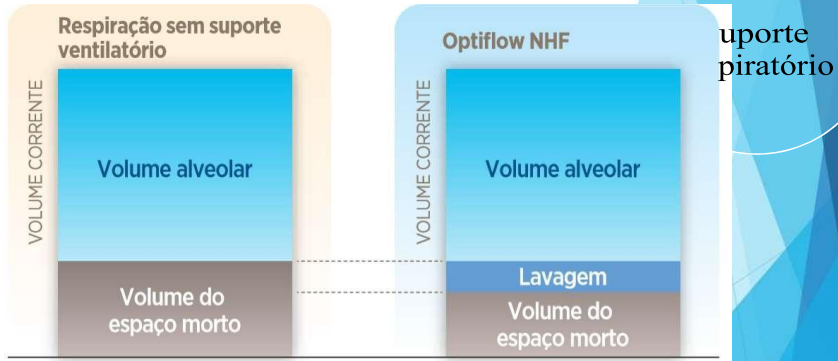
(6) Zhu et al. BMC Pulmonar Medicina (2017) 17:201



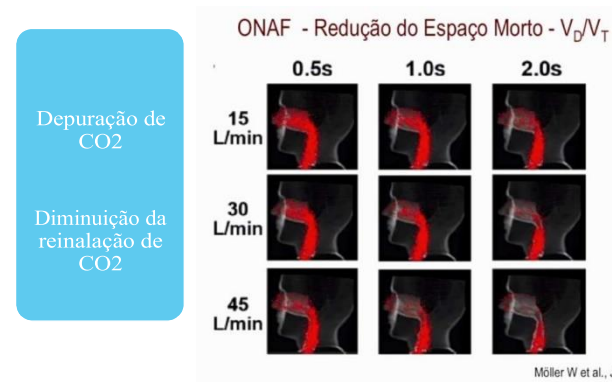
Suporte respiratório



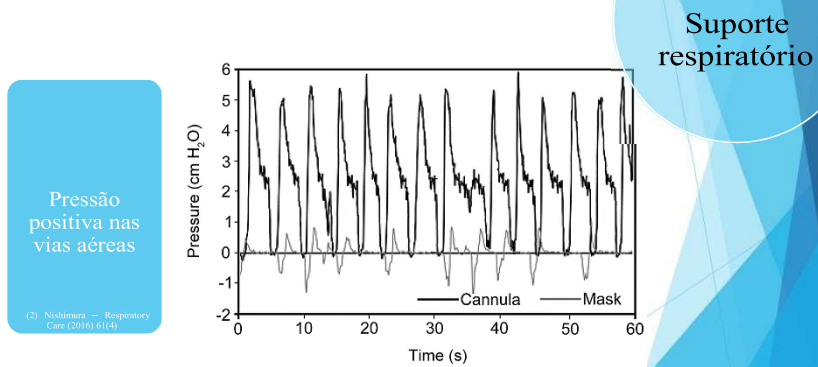
Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo



Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo



Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo



Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo

suporte respiratório

Manutenção de um volume pulmonar constante

Promoção de uma respiração lenta e profunda com diminuição da FR

Aumento do recrutamento alveolar

Pressão positiva nas vias aéreas

(4) Roca et al. Critical Care (2016) 20:109

Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo Resultados Fisiológicos



Fisher & Paykel Healthcare@ES

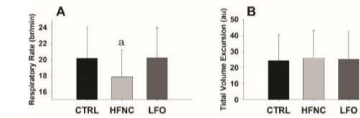
Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo



ONAF promove uma redução significativa na frequência respiratória quando comparado com técnicas convencionais de Oxigenoterapia (4)

(4) Roca et al. Critical Care (2016) 20:109

Figure 2. Breathing Mechanics



The evaluation of breathing mechanics revealed a treatment effect ($P < 0.05$) for respiratory rate (A), wherein high flow nasal cannula with room air (HFNC) reduced breathing rate compared to control (CTRL) and prescribed supplemental oxygen (LFO). There was no difference detected in amplitude of tidal volume (B) measured in arbitrary units (au) from inductive plethysmography.

(8) Atwood et al. Journal of the COPD Foundation (2017) 4(4)

Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo



ESTUDO

Sztrymf et al. 2011 investigou a eficácia e o resultado do Optiflow em comparação com a máscara facial convencional de alto fluxo

MÉTODOS

- 38 pacientes de UTI com insuficiência respiratória aguda
- Todos os pacientes foram transferidos do tratamento com máscara facial de não reinalação para o Optiflow

RESULTADOS

- ▶ A PaO_2 foi significativamente mais alta após 1 hora de utilização do Optiflow
- ▶ A PaO_2/FiO_2 melhorou tanto nos períodos de 1 hora quanto no de 24 horas
- ▶ Redução significativa da frequência respiratória, frequência cardíaca, índice de dispnéia, retração supraclavicular, assincronia toracoabdominal e aumento da oximetria de pulso
- ▶ Associada a uma redução na necessidade de ventilação mecânica
- ▶ Bem tolerada

Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo



ESTUDO

Current evidence for the effectiveness of heated and humidified high-flow nasal cannula supportive therapy in adult patients with respiratory failure

(2) Nishimura - Respiratory Care (2016) 61(4)

(4) Roca et al. Critical Care (2016) 20:109

High-Flow Nasal Cannula Oxygen Therapy in Adults: Physiological Benefits, Indication, Clinical Benefits, and Adverse Effects

Masaji Nishimura MD PhD

Although pharyngeal pressure increases with HFNC, it is usually around 3 cm H_2O , and it remains unclear whether HFNC increases lung volume. Evaluating EELV, Corley et al⁴² found EELV was greater with HFNC than with low-flow oxygen therapy, the effect being more pronounced in patients with higher body mass index. Using electrical lung impedance tomography on healthy subjects in supine and in prone postures, Riera et al⁵⁴ found that in either position, EELV was greater when HFNC was applied. Recently, Parke et al⁵⁵ measured EELV at up to 100 L/min of HFNC in healthy volunteers. Airway pressure and EELV increased linearly with increased gas flow.⁵⁵

(2) Nishimura - Respiratory Care (2016) 61(4)

(4) Roca et al. Critical Care (2016) 20:109

Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo

- FR
- V. expiratório final
- Trabalho respiratório
- Oxigenação

ESTUDO

Corley et al. 2011 avaliou a eficácia do Optiflow na pressão das vias aéreas e no volume pulmonar expiratório final comparado com o oxigênio de baixo fluxo

Oxygen delivery through high-flow nasal cannulae increase end-expiratory lung volume and reduce respiratory rate in post-cardiac surgical patients

A. Corley^{1*}, L. R. Caruano¹, A. G. Barnett², O. Tronstad³ and J. F. Fraser¹ (14)

RESULTADOS

- ▶ Foi determinada uma forte correlação entre a pressão das vias aéreas e o volume pulmonar expiratório final (EELV)
- ▶ Aumento da impedância pulmonar respiratória final (EELI) em 25,6%, sugerindo um aumento de CRF
- ▶ Redução da frequência respiratória
- ▶ Melhora da relação PaO₂/FIO₂

MÉTODOS

- 20 pacientes de pós cirurgia cardíaca
- Oxigenoterapia de baixo fluxo via máscara facial ou cânula nasal
- O Optiflow foi fornecido a 35 – 50 l/min

Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo

- FR
- V. expiratório final
- Trabalho respiratório
- Oxigenação

Diminuição do trabalho respiratório

(15) StrymFB et al. Intensive Care Medicine. 2011.

Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo

Beneficial effects of humidified high flow nasal oxygen 16¹⁵⁾ StrymFB et al. Intensive Care Medicine. 2011. critical care patients: a prospective pilot study

Results

HFNC significantly reduced the respiratory rate, heart rate, dyspnea score, supraclavicular retraction and thoracoabdominal asynchrony, and increased pulse oxymetry. These improvements were observed as early as 15 min after the beginning of HFNC for respiratory rate and pulse oxymetry. PaO₂ and PaO₂/FIO₂ increased significantly after 1 h HFNC in comparison with baseline (141 ± 106 vs. 95 ± 40 mmHg, p = 0.009 and 169 ± 108 vs. 102 ± 23, p = 0.036; respectively). These improvements lasted throughout the study period. HFNC was used for a mean duration of 2.8 days and a maximum of 7 days. It was never interrupted for intolerance. No nosocomial pneumonia occurred during HFNC. Nine patients required secondary invasive mechanical ventilation. Absence of a significant decrease in the respiratory rate, lower oxygenation and persistence of thoracoabdominal asynchrony after HFNC initiation were early indicators of HFNC failure.

Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo

Effects on metabolic cost of gas conditioning and respiratory mechanics

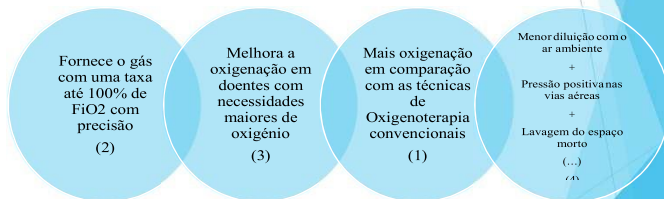
An adult breathing with a 500-ml tidal volume and a respiratory rate (RR) of 12 breaths/min may expend approximately 156 calories/min conditioning gas [12]. If the gas is totally conditioned prior to administration, this metabolic cost can be avoided and, if no concomitant changes in cardiac output occur, oxygenation may be indirectly improved by reducing this energy requirement [12]. Moreover, the delivery of warm, humidified gas has been associated with better tolerance and comfort [8, 15, 16]; it improves the mucociliary function [17, 18], increasing mucus clearance and preventing atelectasis formation. Other results suggest that it may also improve the inspiratory effort [19]. It has been hypothesized that the mechanisms associated with this effect may be the increase in alveolar recruitment and the decrease in airway resistance. In fact, while it has been shown that airway resistance increases during nasal breathing of room air at 24 °C in 12 healthy subjects, no changes were observed during inhalation of moist air

Current evidence for the effectiveness of heated and humidified high flow nasal cannula supportive therapy in adult patients with respiratory failure

(4) Rocca et al. Critical Care (2016) 20:109

Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo

- FR
- V_e expiratório final
- Trabalho
- Oxigenação

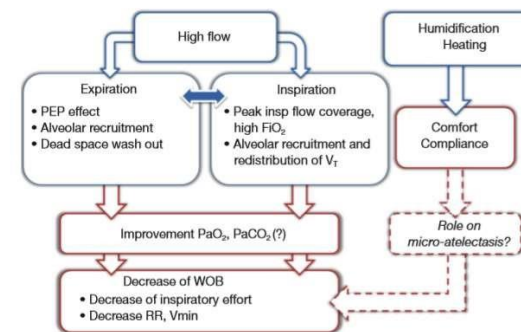


(1) Dres e Demoude (2017) Ver Bras Ter Intensiva 29 (4)
 (2) Nishimura - Respiratory Care (2016) 61(4)
 (3) Nishimura Journal of Intensive Care (2015) 3:15
 (4) Roca et al. Critical Care (2016) 20:109

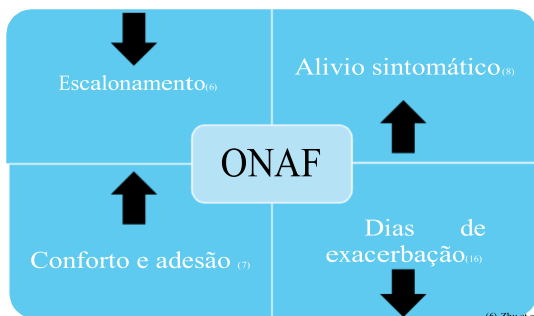
Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo

Annals of Translational Medicine, Vol 5, No 14 July 2017

- FR
- V_e expiratório final
- Volume corrente
- Trabalho respiratório



Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo Resultados



(6) Zhu et al. BMC Pulmonary Medicine (2017) 17:201
 (7) Azoulay et al. Trials (2015) 19:157
 (8) Atwood et al. Journal of the COPD Foundation (2017) 4(4)
 (16) Rea et al. Respiratory Medicine (2010) 104, 525:533

Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo Utilização



Com que fluxos devo começar?



Qual a quantidade de pressão gerada?



Quando devo ver os efeitos da ONAF?

Imagens:

<https://www.flo2.com.br/single-post/2017/08/25/instrucao%20de%20uso%20do%20nasal-de-alto-velocidade-preciso-flow>
<http://www.carbowafite.com.br/produto/carbowafite/realizador-de-presao-oxigenio-em-cilindros-7C-serie-709>
<https://www.carbowafite.com.br/revista/783/usa-fluocortona-efluocortona-470.html>

O Es

Table 1 Most relevant studies of high flow nasal cannula oxygen (HFNC)

Condition	Author [ref]	Design	Patients	Main results
Acute respiratory failure (ARF)	Roca et al. [19]	Retrospective cohort	37 lung transplant recipients readmitted to ICU due to ARF (40 episodes)	The absolute risk reduction for MV with HFNC was 29.8% and the NNT to prevent one intubation with HFNC was 3. Multivariate analysis showed that HFNC therapy was the only variable at ICU admission associated with a decreased risk of MV (OR 0.11 [95% CI 0.02-0.69], p=0.02)
	Frat et al. [20]	Randomized controlled trial	313 ARF patients randomly assigned to HFNC, conventional oxygen therapy or NIV	The hazard ratio for death at 90 days was 2.01 (95% CI 1.01 to 3.99) with conventional oxygen therapy vs HFNC (p=0.046) and 2.59 (95% CI 1.31 to 4.78) with NIV vs HFNC (p=0.006). In the subgroup of patients with a PaO ₂ /F _{IO} ₂ ≤ 200 mmHg, the intubation rate was significantly lower in the HFNC group
	Reilo et al. [31]	Retrospective cohort	35 patients with ARF due to H1N1 viral pneumonia	After 6 h of HFNC, non-responders had a lower PaO ₂ /F _{IO} ₂ . All 8 patients on vasopressors required intubation
	Lemjaie et al. [29]	Randomized controlled trial	100 immunocompromised patients with ARF randomized to a 2 h of HFNC vs conventional oxygen	No differences in NIV or invasive MV during the 2 h period were observed. No differences in secondary outcomes (RR, HR, comfort, dyspnea and thirst) were observed
	Mokart et al. [42]	Retrospective propensity-score analysis	178 cancer patients admitted to the ICU due to severe ARF	HFNC-NIV was associated with more VFD and less septic shock occurrence. Mortality of patients treated with HFNC 35 vs 57% for patients never treated with HFNC, p=0.008
	Kang et al. [30]	Retrospective cohort	175 patients who failed on HFNC and required intubation	In propensity-adjusted and -matched analysis, early intubation (<48 h) was associated with better overall ICU mortality (adjusted OR=0.317, p=0.005; matched OR=0.366, p=0.046)
	Frat et al. [23]	Post-hoc analysis of a randomized controlled trial	82 immunocompromised patients of the FLORAL study	NIV was associated with higher risk of intubation and mortality
	Roca et al. [32]	Prospective cohort	157 patients with severe pneumonia	RDX index, defined as ratio of SpO ₂ /F _{IO} ₂ to respiratory rate, 2-48h measured after 12 h of HFNC was significantly associated with lower risk for MV (p=0.273 [95% CI 0.121-0.618])
	Coudroy et al. [25]	Retrospective cohort	115 immunocompromised patients	The rates of intubation and 28-day mortality were significantly higher in patients treated with NIV than with HFNC
	Cardiac surgery	Paikie et al. [18]	Randomized	60 patients with non-severe hypoxemic ARF were randomized to receive HFNC or oxygen therapy
Paikie et al. [38]		Randomized controlled trial	340 patients after cardiac surgery randomized to HFNC vs conventional oxygen therapy	No differences in oxygenation on Day 3 after surgery were observed, but HFNC did reduce the requirement for escalation of respiratory support (RR=0.7, 95% CI

Pre-intubation	Conley et al. [39]	Randomized controlled trial	155 extubated patients with BMI ≥ 30 kg/m ² received conventional oxygen therapy or HFNC	No difference was seen between groups in atelectasis. There was no difference in mean PaO ₂ /F _{IO} ₂ ratio or RR. Five patients failed allocated treatment in the control group compared with three in the treatment group (OR 0.53 [95% CI 0.11, 2.24], p=0.48)	
	Stephan et al. [28]	Randomized noninferiority trial	830 cardiothoracic surgical patients who developed ARF or were deemed at risk for respiratory failure after extubation. HFNC vs BIPAP	The treatment failed in 87 (21.0%) of 414 patients with HFNC and 91 (21.9%) of 416 patients with BIPAP (p=0.003). No significant differences were found for ICU mortality (23 patients with BIPAP [5.5%] and 28 with HFNC [6.8%], p=0.66)	
	Vourch et al. [43]	Randomized controlled trial	124 patients with PaO ₂ /F _{IO} ₂ ratio < 300 mmHg, RR ≥ 30 bpm and F _{IO} ₂ ≥ 0.5. Randomized to HFNC or facial mask	No differences in the lowest saturation was observed (HFNC 91.5% vs high flow facial mask 89.5%, p=0.44). There was no difference in difficult intubation (VFD), intubation-related adverse events including desaturation < 80% or mortality	
	Maggiore et al. [37]	Randomized controlled trial	105 patients with PaO ₂ /F _{IO} ₂ ≤ 300 before extubation who were randomized to 48 h of conventional oxygen therapy or HFNC	HFNC improved the PaO ₂ /F _{IO} ₂ ratio, comfort, airway dyssnea, episodes of interface displacements, oxygen desaturations, reintubation rate, or any form of ventilator support	
	Rittayamai et al. [44]	Randomized crossover study	17 patients were randomized after extubation to sequential HFNC and conventional oxygen therapy for 30 min periods	At the end of the study, patients with HFNC reported less dyspnea and lower RR and HR. Most of the subjects (88.2%) preferred HFNC to conventional oxygen therapy	
	Trivulpati et al. [36]	Randomized crossover study	50 patients were randomized to sequential HFNC and facial mask after extubation	There was no significant difference in gas exchange, RR or hemodynamics. HFNC was better tolerated (p=0.01) and tended to be more comfortable (p=0.09)	
	Hernandez et al. [1]	Randomized controlled trial	527 extubated patients without any high-risk factor for reintubation were randomized to either HFNC or conventional oxygen therapy for 24 h	Reintubation within 72 h was less common in the high-flow group, 4.9 vs 12.2% in the conventional group (p=0.004). Postextubation respiratory failure was less common in the high-flow group 8.3 vs 14.4% in the conventional group (p=0.03)	
	Hernandez et al. [5]	Randomized non-inferiority trial	604 extubated patients with at least one high-risk factor for reintubation were randomized to either HFNC or NIV for 24 h	Reintubation within 72 h was noninferior in the HFNC group compared to the NIV group (22.8 vs 19.1%, absolute difference, -3.7%, 95% CI -9.1% to 1.6%, postextubation respiratory failure was lower in the HFNC group (26.9 vs 39.8%, risk difference, 12.9%, 95% CI 6.6% to 19.1%)	
	Invasive procedures	Lucangelo et al. [45]	Randomized controlled trial	45 patients were randomly assigned to 3 groups: Venturi mask, nasal cannula, and HFNC during bronchoscopy	At the end of bronchoscopy, HFNC-treated patients had higher PaO ₂ /F _{IO} ₂ and SpO ₂
		Simon et al. [46]	Randomized controlled trial	40 patients with hypoxemic ARF received NIV or HFNC	NIV group had better oxygenation. Two patients with HFNC were unable to proceed to bronchoscopy, p=

Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo Estudos

Heart failure	Roca et al. [9]	Prospective cohort	10 adult patients with NYHA class III and left ventricular ejection fraction 45% or less	Median inspiratory IVC collapse significantly (p<0.05) decreased from baseline (37%) to HFNC with 20 l/min (28%) and HFNC with 40 l/min (21%). Changes in IVC inspiratory collapse were reversible
Emergency department	Rittayamai et al. [15]	Randomized comparative study	40 hypoxemic patients were randomized to receive HFNC or conventional oxygen for 1 h	HFNC improved dyspnea and comfort. No serious adverse events related to HFNC were observed
	Jones et al. [47]	Randomized controlled trial	303 hypoxemic and tachypneic patients admitted to the emergency department	5.5% of HFNC patients vs 11.6% of conventional oxygen therapy patients required MV within 24 h of admission (p=0.053)

MV mechanical ventilation, RR respiratory rate, ICU intensive care unit, ARF acute respiratory failure, VFD ventilator-free days, NNT number needed to treat, CO₂ conventional oxygen therapy, NIV non-invasive ventilation, HR heart rate, BMI body mass index, IVC inferior vena cava

Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo Indicações

Insuficiência respiratória hipoxêmica

Suporte pós extubação

Oxigenação pré intubação

Apneia do sono

Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo Indicações

Oxigenação durante a broncofibroscopia

DNI
Do Not Intubate

Não tolerância a VNI

Utilização no Serviço de Urgência

Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo Indicações

Clearance mucociliar em doenças crónicas

Doentes imunodeprimidos

Pós cirurgia cardíaca ou de grande porte

Hipoxémia em DPOC normo/hipercápnica

Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo Precauções / Complicações

- ONAF pode mascarar o deterioramento do estado do doente e retardar a intubação (1,2)
- ONAF pode contribuir para a lesão pulmonar porque não existe nenhum método de avaliação das pressões ou volumes (1,2)
- ONAF deve ser considerado de acordo com a sua categoria – porque embora faça um fornecimento de oxigénio de alta qualidade, não tem qualquer papel na mecânica ventilatória como a ventilação invasiva e a ventilação não-invasiva;
 - Titulação terapêutica (sem O₂-oxigénio baixo fluxo < ONAF < VNI < EOT) (2)
- Existe a necessidade de clarificar os critérios para intubar um doente sob ONAF; (2)

(1) Dres e Demoule (2017) Ver Bras Ter Intensiva 29 (4)
(2) Nishimura – Respiratory Care (2016) 61(4)

Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo Precauções / Complicações

- Como vamos encontrando evidência de que o alto fluxo e a pressão positiva nas vias aéreas aumentam o volume tidal, podemos também colocar a hipótese de que a ONAF pode gerar distensão alveolar em doentes com patologia pulmonar prévia (4)
- A titulação da ONAF deve começar pelo FiO₂ e depois pelo fluxo (quando se baixa a FiO₂ para valores abaixo dos 50% e o fluxo para valores abaixo de 20L7min, deve-se ponderar a troca de dispositivos para Oxigenoterapia de baixo fluxo; (4)
- Doentes sob ONAF devem ser cuidadosamente monitorizados: oxigenação (periférica e gasimétrica), FR, Trabalho respiratório e necessidade de vasopressores – porque são sinais preditivos de falha na terapia com ONAF e necessidade de escalonamento no tratamento; (4, 5)
- A terapia com ONAF deve ser prescrita a doentes com insuficiência respiratória ligeira a moderada, sendo desaconselhada nos casos mais graves; (4)

(4) Roca et al. Critical Care (2016) 20:109

Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo Cuidados de Enfermagem - VNI

- Khan (2011) recomenda a que a vigilância do doente sob VNI reveja o conforto, o estado de consciência, movimentos respiratórios, utilização de músculos acessórios, sincronização, FR e parâmetros hemodinâmicos. A resposta ao tratamento deve ser realizada a intervalos regulares tendo como objetivo a otimização dos parâmetros. Se não existir melhoria até 6h deve ser considerada a ventilação mecânica invasiva.
- Roque et al. (2014) acrescenta à vigilância do utente a monitorização de fugas e de lesões faciais. A decisão de continuar ou terminar a VNI deve basear-se na: 1) exaustão respiratória; 2) intolerância ao interface; 3) ineficácia na melhoria das trocas gasosas ou dispneia; 4) ineficácia na melhoria do estado de consciência; 5) agravamento da instabilidade hemodinâmica; 6) higiene traqueobrônquica ineficaz (Roque et al., 2014).

Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo O Futuro?

- Enquanto a terapia com ONAF cresce exponencialmente muitas questões permanecem por responder (4);
- Estudos futuros devem incidir sobre a identificação dos doentes que mais beneficiam com ONAF e identificação de critérios preditores de sucesso ou falha com a terapia de ONAF; (4)
- Porque não realizar um estudo na UCIP 7 acerca de muitas das questões por responder:
 - Grau de tolerância do doente? Queixas do doente sob ONAF? CPAP vs ONAF em desmame ventilatório?

The screenshot shows the ClinicalTrials.gov website interface. At the top, it says 'U.S. National Library of Medicine ClinicalTrials.gov'. The search results show a study titled 'Palliative Use of High-flow Oxygen Nasal Cannula in End-of-life Lung Disease Patients'. A warning box states: 'The safety and scientific validity of this study is the responsibility of the study sponsor and investigators. Listing a study does not mean it has been evaluated by the U.S. Federal Government. Read our disclaimer for details.' The study's ClinicalTrials.gov Identifier is NCT02253667. A red box indicates the recruitment status: 'Withdrawn (One of the investigators left the department. Master Degree in which this study was part of her thesis. No patients were enrolled.)'. Other details include: First Posted: October 1, 2014; Last Update Posted: January 25, 2017. The sponsor is Hospital Sao Joao, and the responsible party is Miguel R. Goncalves, Hospital Sao Joao.

Referências bibliográficas

- (1) DRES, M.; DEMOULE, A. (2017) – O que todo o intensivista deve saber sobre Oxigenoterapia nasal de alto fluxo em pacientes críticos. Rev Bras Ter Intensiva, vol. 29 nº 4, p. 399-403
- (2) NISHIMURA, M. (2016) – High-Flow Nasal Cannula Oxygen Therapy in Adults: Physiological Benefits, Indication, Clinical Benefits, and Adverse Effects. Respiratory Care, Vol. 61, nº 4, p.529-541
- (3) NISHIMURA, M. (2015) – High-flow nasal cânula oxygen therapy in adults. Journal of Intensive Care, Vol. 3, nº 15
- (4) ROCA, O. et al (2016) – Current evidence for the effectiveness of heated and humidified high flow nasal cânula supportive therapy in adult patients with respiratory failure. Critical Care, Vol. 20, nº 109
- (5) KIM, WY et al (2017) – Predictors of high flow nasal cânula failure in immunocompromised patients with acute respiratory failure due to non-HIV pneumocystis pneumonia. Journal of Thoracic Disease, Vol. 9, nº 9, p. 3013-22
- (6) ZHU, Y. et al (2017) – High-flow nasal cânula oxygen therapy versus conventional oxygen therapy in patients with acute respiratory failure: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. BMC Pulmonary Medicina, Vol. 17, nº 201
- (7) AZOULAY, E. et al (2018) – High-flow nasal oxygen vs. Standart oxygen therapy in immunocompromised patients with acute respiratory failure: study protocol for a randomized controlled trial. Trials, Vol. 19, nº 157

Referências bibliográficas

- (8) ATWOOD, C et al (2017) – Impact of heated humidified high flow air via nasal cannula on respiratory effort in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of the COPD Foundation*, Vol. 4, nº 4, p.279-286
- (9) SIMMON, M. (2016) -High-Flow Nasal Cannula Versus Bag-Valve-Mask for Preoxygenation Before Intubation in Subjects With Hypoxemic Respiratory Failure. *Respiratory Care*, Vol. 61, nº 9, p. 1160-67
- (10) CHIKATA, Y. et al (2016) - Inspiratory Tube Condensation During High-Flow Nasal Cannula Therapy: A Bench Study. *Respiratory Care*, Vol. 61, nº 3, p. 300-305
- (11) ROCA et al (2010) High-flow oxygen therapy in acute respiratory failure. *Respiratory Care*. Vol. 55, nº 4, p. 408-13.
- (12) HASANI et al (2008) Domiciliary humidification improves lung mucociliary clearance in patients with bronchiectasis. *Chronic Respiratory Disease*, vol. 5, nº 2, p.81-6
- (13) HERNÁNDEZ et al. (2017) High Flow Nasal Cannula support therapy: new insights and improving performance. *Critical Care* Vol. 21, nº 62
- (14) CORLEY et al. (2011) Oxygen delivery through high-flow nasal cannulae increase end-expiratory lung volume and reduce respiratory rate in post-cardiac surgical patients. *British Journal of Anaesthesia*, Vol. 107, nº 6, p.998–1004

Referências bibliográficas

- (15) SZTRYMF et al. (2011) Beneficial effects of humidified high flow nasal oxygen in critical care patients: a prospective pilot study. *Intensive Care Medicine*, Vol. 37, nº 1780
- (16) REA et al. (2010) The clinical utility of long-term humidification therapy in chronic airway disease. *Respiratory Medicine*. Vol. 104, p. 525:533
- (17) PARK et al. (2017) The Effects of Flow on Airway Pressure During Nasal High-Flow Oxygen Therapy. *Respiratory care*, Vol. 56, Nº 8, p.1151:55
- (18) PETERS et al. (2013) High-Flow Nasal Cannula Therapy in Do-Not-Intubate Patients With Hypoxemic Respiratory Distress. *Respiratory care*, Vol. 58, nº 4, p.597:600
- (19) BOUDIN et al. (2016) Modalities and Complications Associated With the Use of High-Flow Nasal Cannula: Experience in a Pediatric ICU. *Respiratory care*, Vol. 61, nº 10, p.1305:10
- (20) MILÉSI, C.; Pons-Odena, M. (2014) High-flow nasal cannula: recommendations for daily practice in pediatrics. *Annals of Intensive Care*, Vol.4, nº 2.
- (21) RITTAYAMAI et al. (2014) High-Flow Nasal Cannula Versus Conventional Oxygen Therapy After Endotracheal Extubation: A Randomized Crossover Physiologic Study. *Respiratory care*, Vol. 59, nº 4, p.485-490.

Referências bibliográficas

- (22) KHAN, M. U. (2011). Noninvasive positive pressure ventilation in hospital setting. *Journal Of Pakistan Medical Association*, 61 (6), 592-597.
- (23) ROQUE et al. (2014). *Ventilação Não Invasiva – Manual (1ª ed.)*. Lisboa: Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Agradecimentos... em jeito de despedida

- Sr.ª Enf. Alexandra Ferreira (Enf. Chefe da UCIP7)
- Enf. Bina
- Enf. Duarte
- Equipa B da UCIP7
- Restantes equipas de enfermagem
- Restante equipa pluridisciplinar
- Sr. António Guimarães, Especialista de Produto da Fisher & Paykel Healthcare SAS
- Antonio.Guimaraes@fphcare.es



FIM

Obrigado pela atenção

APÊNDICE III

**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO E RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA
FORMAÇÃO “OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUXO: O ESTADO DA
CIÊNCIA”**

FORMAÇÃO EM SERVIÇO - AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Área/Unidade/Especialidade: _____

Tema: _____

Ação tipo: Atualização Aprendizagem Duração _____ Data ___/___/___

Formador(es): A _____ B _____ C _____

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

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

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

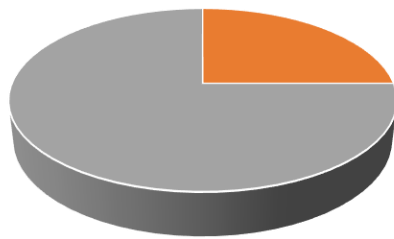
1 - Insuficiente 2 - Suficiente 3 - Bom 4 - Muito Bom

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

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DE MELHORIA

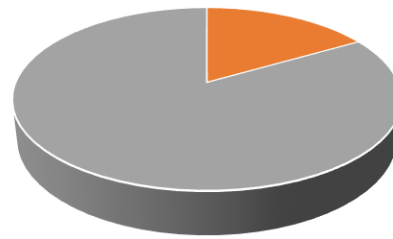
Obrigado pela sua colaboração.

As suas expetativas em relação à formação foram satisfeitas.



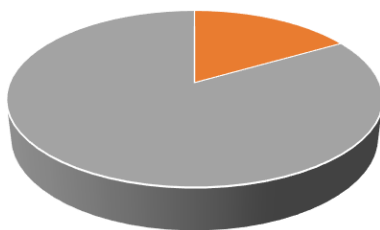
■ Questão 1 ■ Concorda ■ Concorda totalmente

Os objetivos da formação foram atingidos.



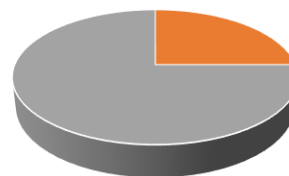
■ Questão 2 ■ Concorda ■ Concorda totalmente

Para a sua atividade profissional foi útil.



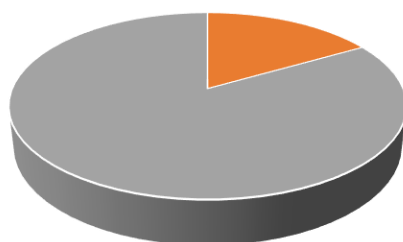
■ Questão 3 ■ Concorda ■ Concorda totalmente

Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.



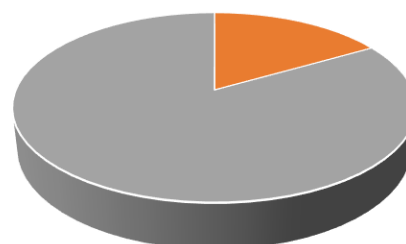
■ Questão 4 ■ Concorda ■ Concorda totalmente

A teoria foi relacionada com a prática



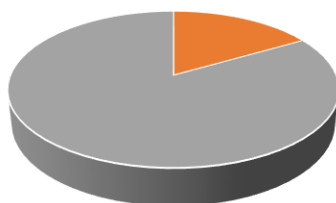
■ Questão 5 ■ Concorda ■ Concorda totalmente

A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico.



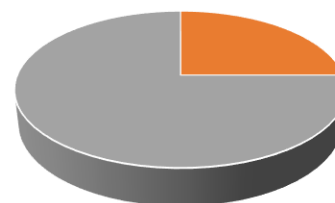
■ Questão 6 ■ Concorda ■ Concorda totalmente

Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.



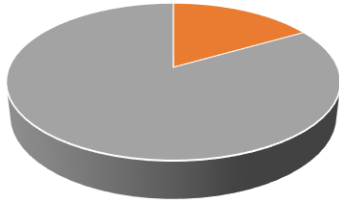
■ Questão 7 ■ Concorda ■ Concorda totalmente

A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade.



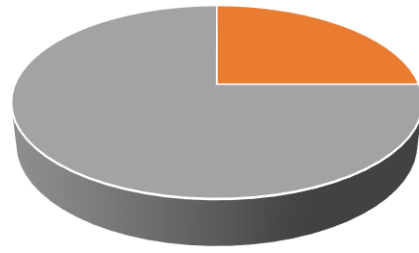
■ Questão 8 ■ Concorda ■ Concorda totalmente

Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.



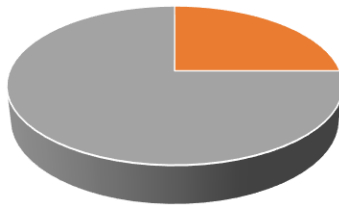
■ Questão 9 ■ Concorda ■ Concorda totalmente

A duração da formação foi adequada.



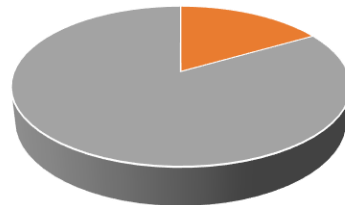
■ Questão 10 ■ Concorda ■ Concorda totalmente

O horário da formação foi o adequado.



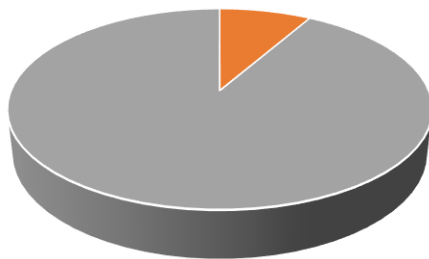
■ Questão 11 ■ Concorda ■ Concorda totalmente

Domínio dos conteúdos apresentados.



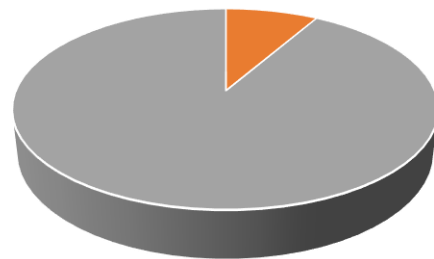
■ Questão 12 ■ Bom ■ Muito Bom

Facilidade de transmissão de conhecimentos.



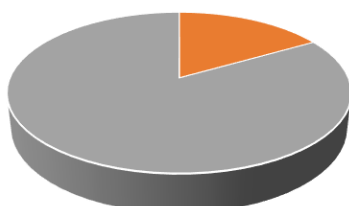
■ Questão 13 ■ Bom ■ Muito Bom

Clareza na transmissão dos conhecimentos.



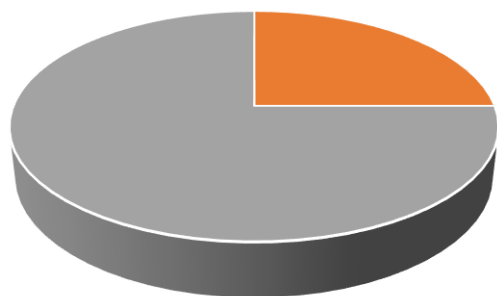
■ Questão 14 ■ Bom ■ Muito Bom

Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.



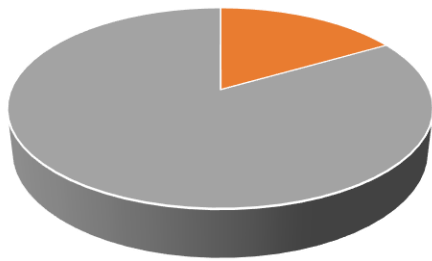
■ Questão 15 ■ Bom ■ Muito Bom

Interação com o grupo.



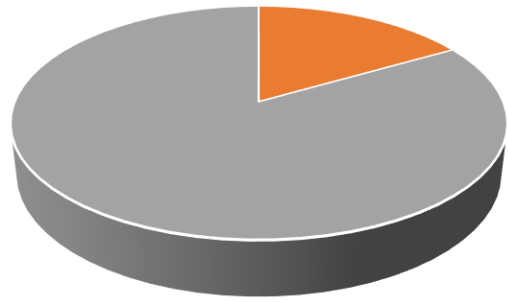
■ Questão 16 ■ Bom ■ Muito Bom

Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.



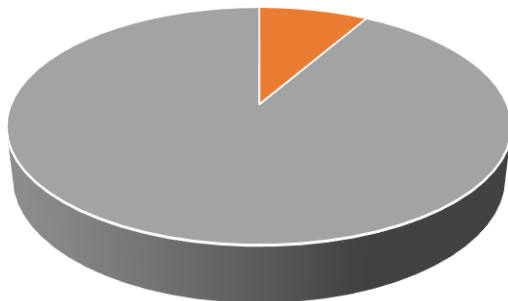
■ Questão 17 ■ Bom ■ Muito Bom

Gestão do tempo.



■ Questão 18 ■ Bom ■ Muito Bom

Pontualidade



■ Questão 19 ■ Bom ■ Muito Bom

APÊNDICE IV
MNEMÓNICA ISBAR

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

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



NORMA

Francisco
Henrique
Moura George
Direção-Geral da Saúde
15/02/2017

NÚMERO: 001/2017

DATA: 08/02/2017

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)

Conselho de Administração Circular Informativa

N.º: 086 Data: 20 de fevereiro de 2018

ASSUNTO: Procedimento Multissetorial – COM.115 – Transmissão de informação na transição de cuidados

O Conselho de Administração em sessão de 15/02/2018 aprovou o seguinte Procedimento:

COM.115 - Transmissão da informação na transição de cuidados



NORMA

Francisco
Henrique
Moura George
Direção-Geral da Saúde
15/02/2017

NÚMERO: 001/2017

DATA: 08/02/2017

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)

Conselho de Administração Circular Informativa

N.º: 086 Data: 20 de fevereiro de 2018

ASSUNTO: Procedimento Multissetorial – COM.115 – Transmissão de informação na transição de cuidados

O Conselho de Administração em sessão de 15/02/2018 aprovou o seguinte Procedimento:

COM.115 - Transmissão da informação na transição de cuidados

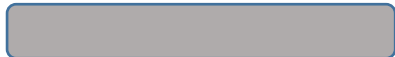
APÊNDICE V

**PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO “HEMORRAGIA DIGESTIVA
ALTA”**

FORMAÇÃO EM SERVIÇO – PLANO DE SESSÃO

Tema: Hemorragia Digestiva Alta (HDA)

Local: Sala de formação do Serviço de Urgência Central (SUC), do Hospital de



Objetivo Geral: Sensibilizar a equipa de enfermagem para a problemática da HDA

Objetivo Específico:

*Apresentar os pontos chave na abordagem e triagem do doente com HDA;


*Identificar os mecanismos diferenciados que causam HDA;

*Reunir os pontos chaves no pré e pós exame endoscópico no doente com HDA

Conteúdos programáticos	Métodos e técnicas	Recursos didáticos	Tempo	Formador
Abordagem e triagem ao doente com HDA	Expositiva	Computador / Powerpoint®	7min	Aluno do MEEMC Francisco Neves (OE64144 / Al. nº 192017081)
Causas de HDA			5min	
Pré e pós Endoscopia: Cuidados e vigilâncias			3min	
	Total: 15 min			

APÊNDICE VI

SESSÃO DE FORMAÇÃO “HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA”


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

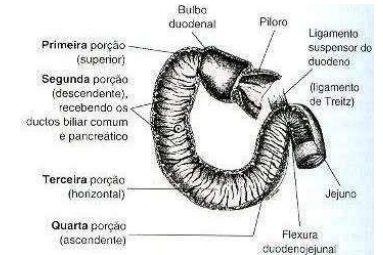
Hemorragia Digestiva Alta

AEE Francisco Neves (N.º 192017081)

Hemorragia Digestiva

- Hemorragia Digestiva Alta (HDA)

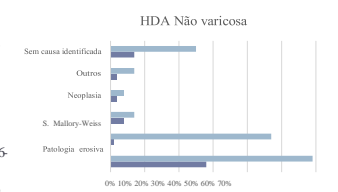
- Ângulo de Treitz



<http://radiologia-tec.blogspot.com/2013/02/duodeno-sist-gastrointestinal-alto.html>

Hemorragia Digestiva Alta

- Estatística
 - 1/1000 apresenta HDA aguda com necessidade de internamento
 - Estima-se superior em 6x à necessidade de internamento com HDB
 - Superior entre a população masculina (128 vs 65) e em relação direta com a idade (>60anos com mais incidência)
 - Com uma taxa de mortalidade entre os 3-14%
 - Entre 16-20% com mais de 1 causa
 - HDA varicosa é responsável por cerca de 6-14% dos episódios de HDA
 - A incidência da HDA varicosa vs HDA não varicosa em relação à idade: 59anos vs 66 anos
 - Cerca de 60%-70% dos doentes com HDA varicosa morrem em 1 ano.



Causa	Porcentagem (%)
Sem causa identificada	~55
Outros	~10
Neoplasia	~5
S. Mallory-Weiss	~5
Patologia enseja	~25

(1) <https://www.esge.com/diagnosis-and-management-of-nonvariceal-upper-gastrointestinal-hemorrhage.html>

Hemorragia Digestiva Alta - SUC HSM

HDA – Abordagem Inicial

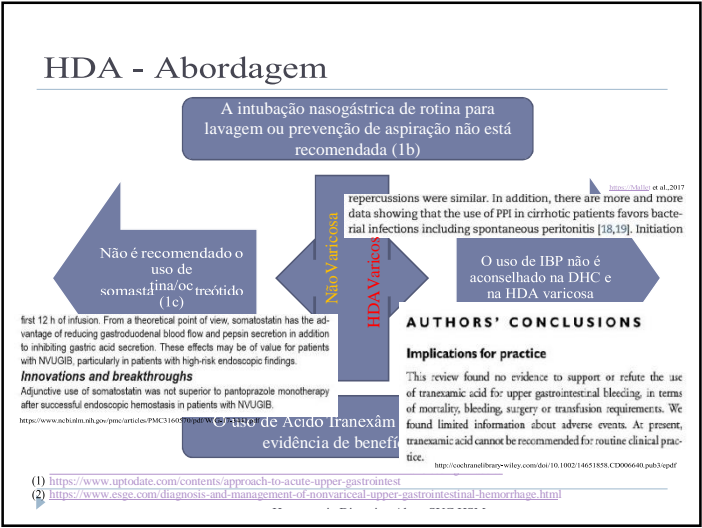
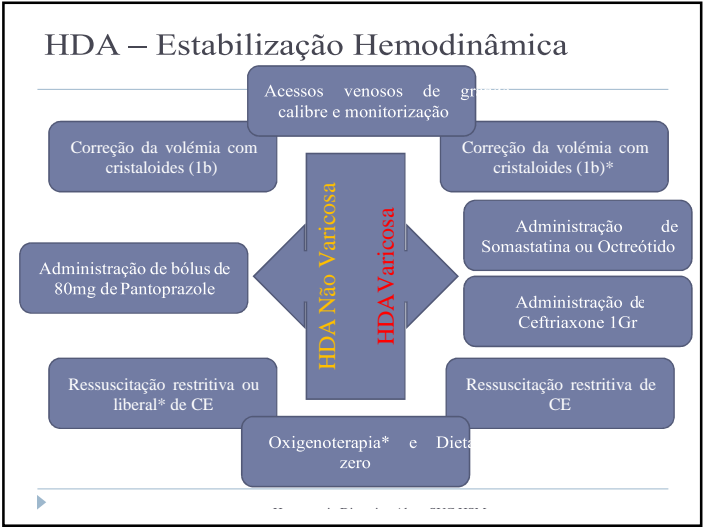
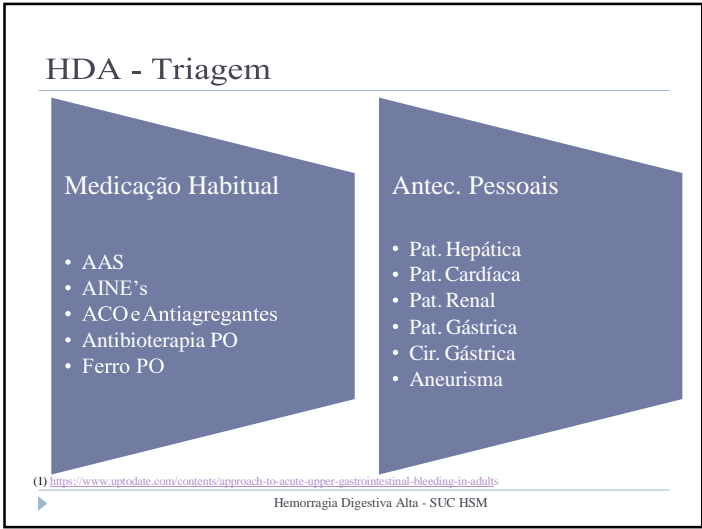
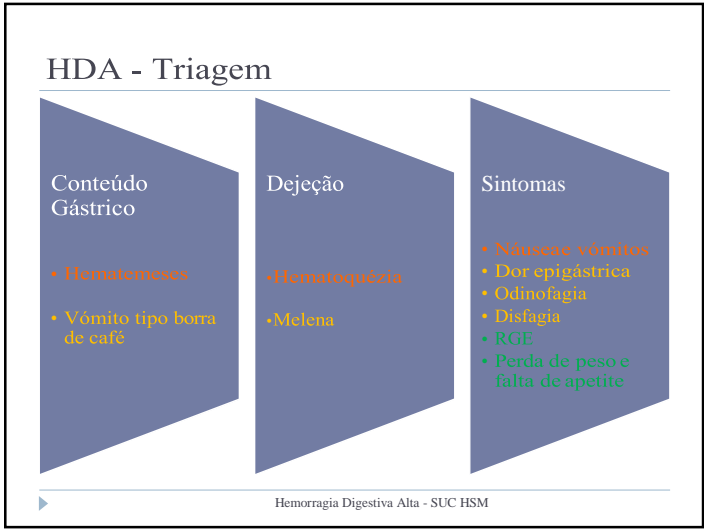
- A abordagem inicial deve seguir a metodologia **ABCDE**, com reavaliação frequente pelo risco comprometido da via aérea, choque e alteração do estado de consciência

	Frequency of death (%)			p value
	Low-risk block	Intermediate-risk block	High-risk block	
Estabilização hemodinâmica	2.07	5.74	16.58	0.000
Colheita de dados	0.86	6.00	14.29	0.000
	p=0.192	p=0.678	p=0.001*	

* vs. both low- and intermediate-risk patients

Marmo R, et al. DDW, 2011

- Endoscopia Urgente (<12h ou <24h)



HDA Varicosa - Abordagem

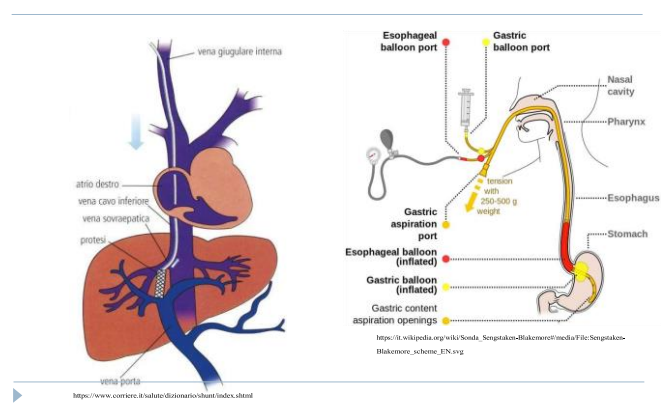
- Administração de medicação vasoativa
 - Somastatina (bólus inicial de 250 µg e perfusão de 250 µg/h) ou
 - Ocreótido (bólus inicial de 20-50 µg e perfusão de 20-50 µg/h) ou
 - Terlipressina (2mg bólus inicial e bólus subsequentes de 1mg 6/6h)

- Antibioterapia profilática
 - Com ceftriaxone EV 1Gr EV/24h
 - As infeções mais comuns são : peritonite bacteriana espontânea, infecção do tracto urinário e pneumonia

- Hemorragia maciça / falha na terapêutica endoscópica
 - Sonda Sengstaken-Blakemore
 - Ponderar TIPS

▶ <http://www.spg.pt/wp-content/uploads/2015/11/2015-variceal-haemorrhage.pdf>

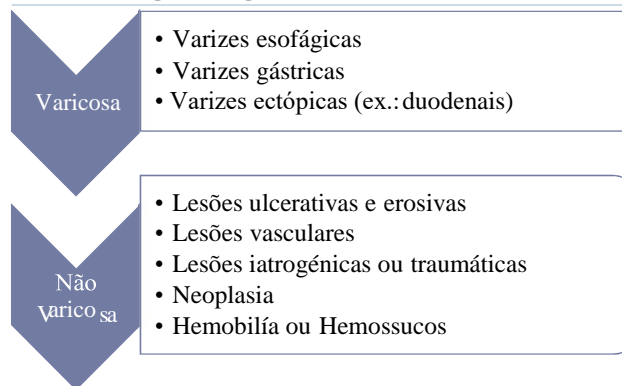
HDA Varicosa maciça / falha na terapêutica endoscópica - Apêndice



HDA – Preparação para o exame

- Estabilização hemodinâmica*
- Assegurar INR < 2,5
- Jejum*
- Administração de um procinético:
 - Eritromicina (250mg – dose única – perfusão de 30min – administrada 30-120min antes da EDA) (1a)

Hemorragia Digestiva Alta



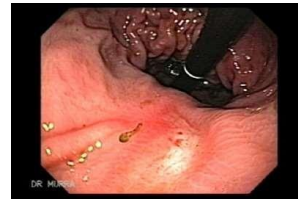
Hemorragia Digestiva Alta - SUC HSM

HDA Não Varicosa

- Lesões ulcerativas e erosivas
 - Úlceras gástricas ou duodenais
 - Esofagite, gastrite ou duodenite erosiva
 - Lesões de Cameron



<http://claudiolhasimoto.med.br/wp-content/uploads/2015/06/Ulcera-gastrica-com-sangramento.png>



https://www.gastrointestinalatlas.com/espanol/ulcera_gastrica_v_.html

Hemorragia Digestiva Alta - SUC HSM

Forrest's classification for PU bleeding

I-a (arterial jet)



I-b (oozing)



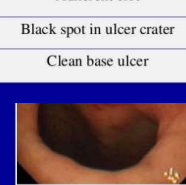
II-a (visible vessel)



II-b (adhere)



II-c (black spot)



III (clean base)



Forrest's classification for PU bleeding

Stage	Characteristics	Rebleeding
I a	Jet arterial bleeding	90 %
Ib	Oozing	50 %
Ila	Visible Vessel	25 - 30 %
IIb	Adherent clot	10 - 20%
IIc	Black spot in ulcer crater	7 - 10%
III	Clean base ulcer	3 - 5 %

HDA Não Varicosa (I)

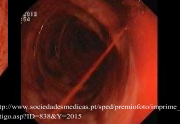
- Lesões vasculares
 - Gastropatia de hipertensão portal
 - Angiodisplasia
 - Lesão de Dieulafoy
 - GAVE (Gastric Antral Vascular Ectasia)
 - Fístula aorto-entérica



<http://blog.medilab.com/gastroenterologia/dieulafoy/>



<http://www.gastrointestinalatlas.com>



Hemorragia Digestiva Alta - SUC HSM

HDA Não Varicosa (II)

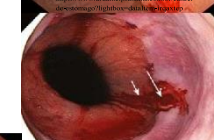
- Lesões de massa
 - Neoplasia e Pólipos
- Lesões traumáticas ou iatrogênicas
 - Mallory-Weiss
 - Corpos estranhos
 - Hemorragia de anastomose cirúrgica
 - Hemorragia pós polipectomia



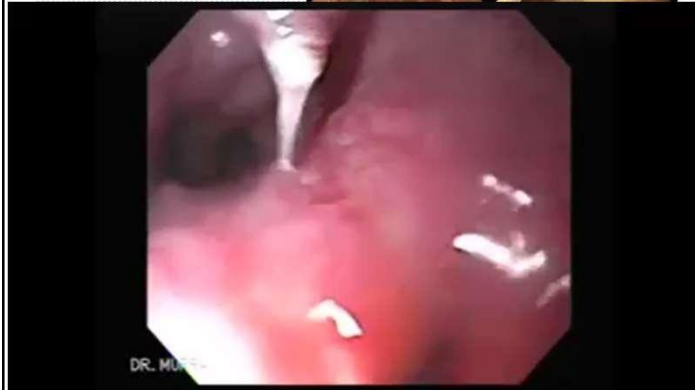
<https://www.youtube.com/watch?v=1Gh5M9Wd>



<http://www.scielo.br/colp/gp/561-pr-465-artex2.pdf-1510-2011-04-02>



HDA Varicosa



Hemorragia Digestiva Alta - SUC HSM

HDA Não Varicosa - Pós-Exame

- Manutenção da terapêutica com IBP (1a), mediante o risco de recidiva (Classificação de Forrest*)
- Dieta
 - Nas lesões com baixo risco de recorrência de hemorragia pode-se retomar a dieta logo que o doente reúna critérios e ter alta no próprio dia se reunir critérios
 - Nas lesões de alto risco hemorrágico deve-se protelar o início da dieta para as 6-12h, Embora as guidelines da ESGE refiram que pode iniciar líquidos claros após a endoscopia
- Vigilância de perdas hemáticas e de estabilidade hemodinâmica

HDA Varicosa – Pós-exame

- As recomendações acerca do jejum e da introdução da dieta mantêm-se vagas
 - A recomendação adotada é o jejum para 24h e introdução de dieta progressiva até as 72h
- Vigilância de complicações:
 - Dor torácica*
 - Disfagia (odinofagia*)
 - Obstrução esofágica e edema
 - Hemorragia
 - Perfuração
 - Infecção
- Cuidados:
 - Elevação da cabeceira do leito para reduzir risco de aspiração
 - Evitar intubação nasogástrica por 24h

<http://www.spa.pt/wp-content/uploads/2015/11/2015-variceal-haemorrhage.pdf>
https://www.sma.org/Portals/0/EVL%20Procedure_Final.pdf

Casos clínicos

Sexo masculino, 45anos, recorre ao CS por anorexia e melenas

Recorre ao SU por cansaço e manutenção de melenas
Medicação
Sem AP relevantes.
Nega medicação habitual
Nega álcool

Sexo feminino, 36 anos, grávida trazida ao SU por hematemese e náuseas

Quadro de instalação súbita. Lembra-se de episódio de soluços na manhã e tosse a acompanhar o parto
Medicação
AP Hérnia do Hiato
Nega medicação e ou álcool

Homem 52 anos, levado ao SU por hematemese e alteração do estado de consciência

Apresenta eritema palmar, ginecomastia, baqueteamento venoso e "estafêlas" secundárias ao abdome
Hipertensão Portal por Cirrose de etiologia a esclarecer
AP Não fornece dados

Hemorragia Digestiva Alta - SUC HSM

Referências bibliográficas

- (1) <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-acute-upper-gastrointestinal-bleeding-in-adults>
- (2) <https://www.esge.com/diagnosis-and-management-of-nonvariceal-upper-gastrointestinal-hemorrhage.html>
- (3) <http://www.spg.pt/wp-content/uploads/2015/11/2015->

Fim

APÊNDICE VII

**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO E RESULTADOS DA AVALIAÇÃO
DA SESSÃO DE FORMAÇÃO “HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA”**

FORMAÇÃO EM SERVIÇO – AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Tema: Hemorragia Digestiva Alta

Data: __/__/__ **Formador:** Francisco Neves (AEE)

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

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

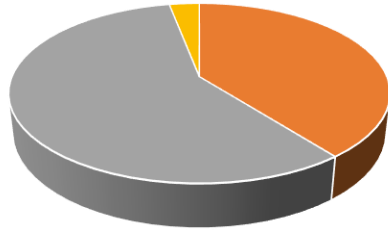
Classifique o formador e a metodologia utilizando a seguinte escala:

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

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

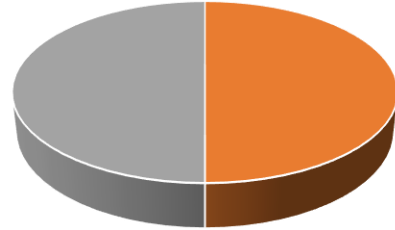
COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DE MELHORIA

As suas expetativas em relação à formação foram satisfeitas



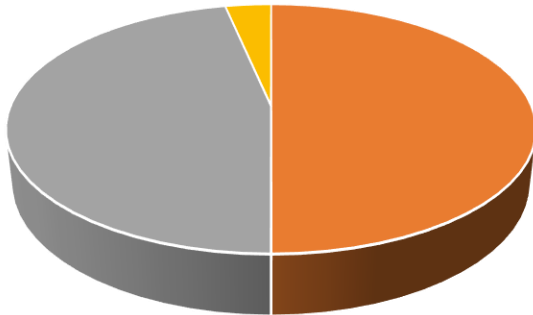
■ Q1 ■ Concordo Totalmente ■ Concordo ■ Discordo

Os objetivos da formação foram atingidos



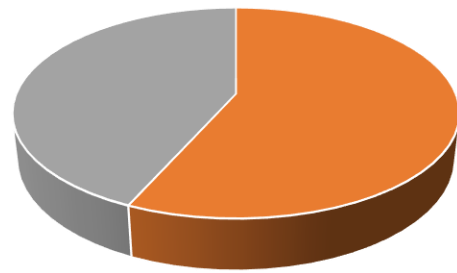
■ Q2 ■ Concordo Totalmente ■ Concordo

Para a sua atividade profissional a formação foi útil



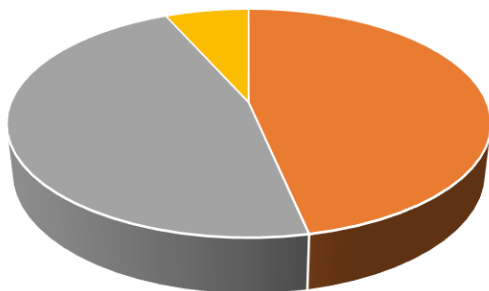
■ Q3 ■ Concordo Totalmente ■ Concordo ■ Discordo

Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos



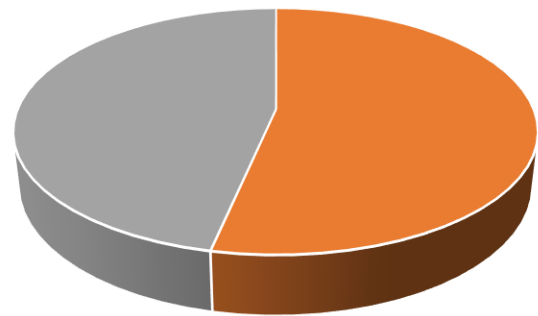
■ Q4 ■ Concordo Totalmente ■ Concordo

A teoria foi relacionada com a prática



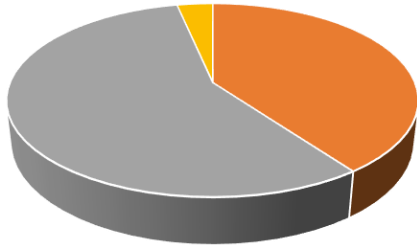
■ Q5 ■ Concordo Totalmente ■ Concordo ■ Discordo

A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico



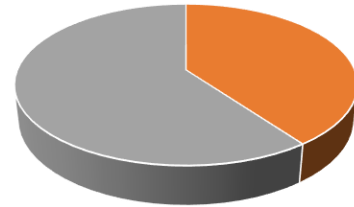
■ Q6 ■ Concordo Totalmente ■ Concordo

Foram abordados todos os pontos que considera importantes



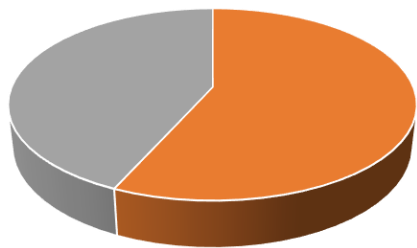
■ Q7 ■ Concordo Totalmente ■ Concordo ■ Discordo

A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade



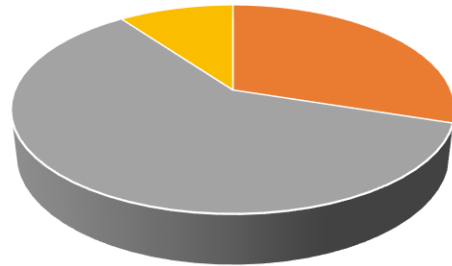
■ Q8 ■ Concordo Totalmente ■ Concordo

Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida



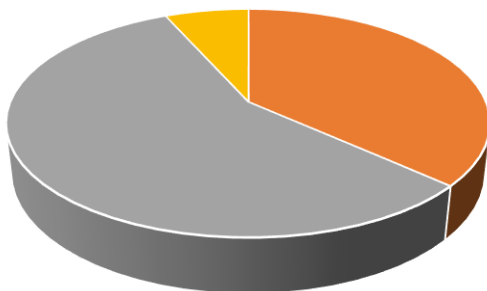
■ Q9 ■ Concordo Totalmente ■ Concordo

A duração da formação foi adequada



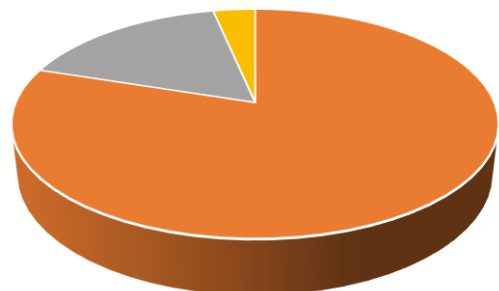
■ Q10 ■ Concordo Totalmente ■ Concordo ■ Discordo

O horário da formação foi adequado



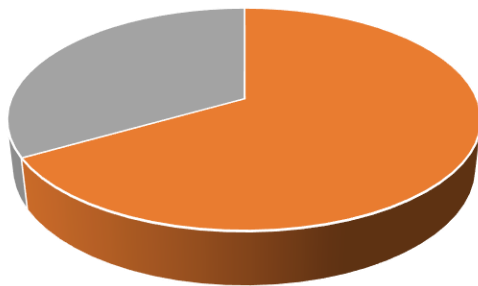
■ Q11 ■ Concordo Totalmente ■ Concordo ■ Discordo

Domínio dos conteúdos apresentados



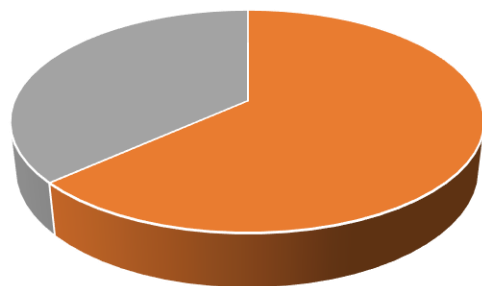
■ Q12 ■ Muito Bom ■ Bom ■ Suficiente

Facilidade de transmissão de conhecimentos



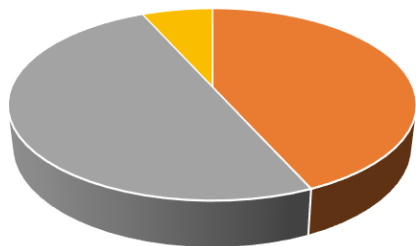
■ Q13 ■ Muito Bom ■ Bom

Clareza na transmissão de conhecimentos



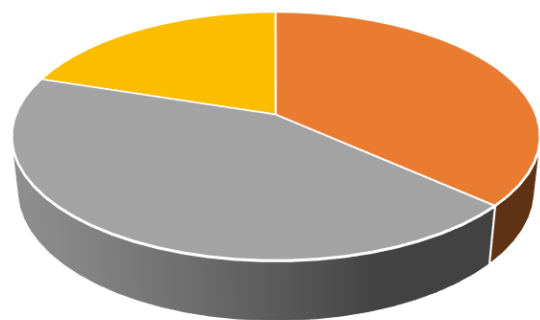
■ Q14 ■ Muito Bom ■ Bom

Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos



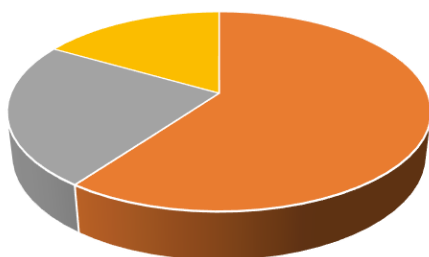
■ Q15 ■ Muito Bom ■ Bom ■ Suficiente

Interação com o grupo



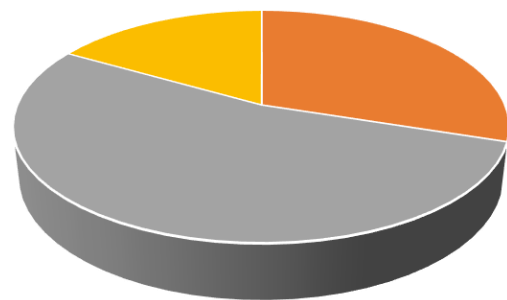
■ Q16 ■ Muito Bom ■ Bom ■ Suficiente

Interessa demonstrado no esclarecimento de dúvidas

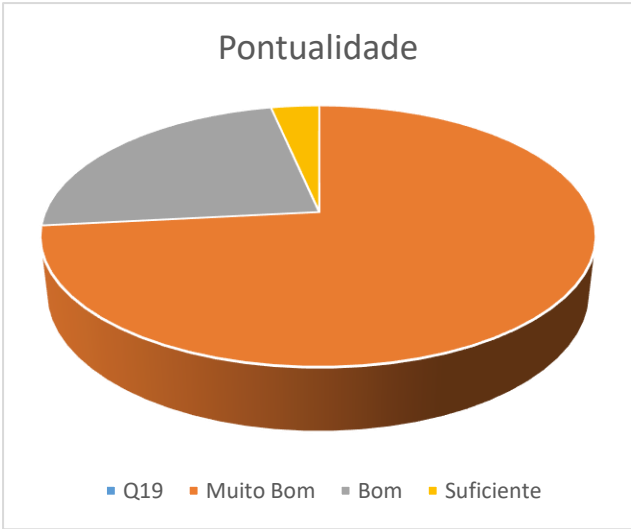


■ Q17 ■ Muito Bom ■ Bom ■ Suficiente

Gestão do tempo



■ Q18 ■ Muito Bom ■ Bom ■ Suficiente



APÊNDICE VIII

CARTAZ INFORMATIVO “HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA”

Hemorragia Digestiva Alta

Abordagem Inicial

1º ABCDE

<p>AIRWAY</p> <ul style="list-style-type: none"> * Proteção da via aérea se risco de aspiração
<p>BREATHING</p> <ul style="list-style-type: none"> * oxigenoterapia suplementar por cânula nasal
<p>CIRCULATION</p> <ul style="list-style-type: none"> * TA e FC * Monitorizar perdas * Acessos venosos de grande calibre
<p>DISFUNTION</p> <ul style="list-style-type: none"> * Vigiar Consciência * Dieta zero
<p>EXPOSURE</p> <ul style="list-style-type: none"> * Examinar o doente

2º Ressuscitação

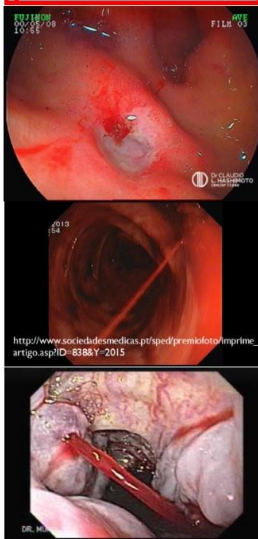
<p>Hemorragia Não Varicosa</p> <ul style="list-style-type: none"> * Correção da volémia com cristalóides * Administração de bólus de pantoprazol 80mg EV * Ressuscitação com CE (Restritiva ou Liberal*)
<p>Hemorragia Varicosa</p> <ul style="list-style-type: none"> * Correção <u>cautelosa</u> da volémia com cristalóides * Administração de bólus de somatostatina (250 mcg) ou Octreótido (20-50 mcg) * Ceftriaxone 1gr EV * Ressuscitação com CE (Restritiva*)

3º Anamnese

<p>CONTEÚDO GÁSTRICO</p> <ul style="list-style-type: none"> * Hematemese * Vômito tipo Borra café
<p>DEJEÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> * Hematoquécia * Melenas
<p>SINTOMAS</p> <ul style="list-style-type: none"> * Náuseas * Dor epigástrica * Odinofagia * Disfagia * Refluxo * Perda de peso e anorexia

4º Endoscopia

<p>Estabilização hemodinâmica*</p> <p>Assegurar INR < 2,5</p> <p>Jejum*</p> <p>Administração de um procinético:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Eritromicina (250mg – dose única – perfusão de 30min – administrada 30-120min antes da EDA) <p>EDA <24h—HDA Não Varicosa</p> <p>EDA <12h—HDA Varicosa</p>



⇒ **A intubação nasogástrica de rotina para lavagem ou prevenção de aspiração não está recomendada**

⇒ **Não é recomendado o uso de somatostatina/octreótido na HDA NÃO VARICOSA**

⇒ **O uso de Ácido Tranexâmico não reúne evidência de benefício**

⇒ **O uso de IBP não é aconselhado na DHC e na HDA VARICOSA**

Autor: Francisco Neves—Estudante de Mestrado Especializante de Enfermagem Médico-Cirúrgica

Orientação: Enf. André Martins (SUC—HSM) e Prof. Doutora Maria Manuela Madureira Lebre Mendes

<p>Medicação habitual</p> <ul style="list-style-type: none"> * AAS e AINE's * ACO e Antiagregantes * Antibioterapia PO * Ferro PO
<p>Antecedentes Pessoais</p> <ul style="list-style-type: none"> * Doença Hepática * Doença Cardíaca * Doença Renal * Doença Gástrica * Aneurisma abdominal

<p>PÓS EXAME</p> <p>Hemorragia Não Varicosa</p> <ul style="list-style-type: none"> * Jejum de 6h * Terapêutica com IBP (contínuo ou em bólus) mediante achados endoscóp. * Vigilância de sinais e sintomas de hemorragia <p>Hemorragia Varicosa</p> <ul style="list-style-type: none"> * Jejum de 24h * Terapêutica com somatostatina (250mcg/h) ou octreótido (20-50mcg/h) * Vigilância de sinais e sintomas de hemorragia * EVITAR Entubação NG * Vigilância de complicações do tratamento
--

Referências bibliográficas: <https://www.esge.com/diagnosis-and-management-of-nonvariceal-upper-gastrointestinal-hemorrhage.html>; <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-acute-upper-gastrointestinal-bleeding-in-adults>; <http://www.spg.pt/wp-content/uploads/2015/11/2015-variceal-haemorrhage.pdf>; https://www.sga.org/Portals/0/EVL%20Procedure_Final.pdf

ANEXOS

ANEXO I

**NORMA 001/2017 DA DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE: “COMUNICAÇÃO
EFICAZ NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE”**



NORMA

Francisco
Henrique
Moura George

Digitally signed by Francisco Henrique Moura George
DN: c=PT, ou=Direção-Geral da Saúde, ou=Francisco Henrique Moura George
Date: 2017.02.08 11:05:47 Z

NÚMERO: 001/2017

DATA: 08/02/2017

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)

Nos termos da alínea a) do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 14/2012, de 26 de janeiro, a Direção-Geral da Saúde, por proposta do Departamento da Qualidade na Saúde, emite, na área da qualidade organizacional, a seguinte:

NORMA

1. A transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR¹.
2. A técnica ISBAR aplica-se em todos os níveis de prestação de cuidados que envolva a transição dos mesmos, sem prejuízo das situações referidas no n.º 1 do Despacho n.º 2784/2013 de 11 de fevereiro.
3. A transferência de informação entre profissionais de saúde deve ser prioritária em todos os momentos vulneráveis/críticos de transição de cuidados.
4. Os responsáveis pelo processo de transmissão de informação, na transição de cuidados, devem estar identificados de forma inequívoca (nome, categoria e função).
5. A transmissão de informação nas transições deve ser escrita, nos termos do Despacho n.º 2784/2013 de 11 de fevereiro, devendo ser garantida a clareza e a legibilidade da informação;
 - a) Nas situações de transição não contempladas do Despacho n.º 2784/2013 de 11 de fevereiro, a informação a transmitir deverá corresponder aos conteúdos constantes do Anexo I;
 - b) No caso particular das mudanças de turno ou de outra transição de cuidados de saúde, em que a transmissão de informação assume a forma oral, esta deve ser realizada sem interrupções, utilizando o modelo contido no Anexo I.

¹ ISBAR é a sigla que corresponde a: *Identify* (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações).

6. As instituições devem assegurar que:

- a) O respetivo plano anual de formação contemple formação específica para todos os profissionais envolvidos no processo de transferência de informação, que inclua a técnica ISBAR;
- b) O processo de transferência de informação é monitorizado através da execução de auditorias internas, nos termos do Despacho nº 2784/2013.

Instrumento de auditoria organizacional:

Instrumento de Auditoria				
Norma "Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde"				
Unidade:				
Momentos da transição de cuidados:				
<input type="radio"/> Admissão hospitalar <input type="radio"/> Admissão na unidade de cuidados de saúde primários <input type="radio"/> Admissão na unidade de cuidados continuados integrados <input type="radio"/> Alta hospitalar				
Data: __/__/__				
Equipa auditora:				
Critérios	Sim	Não	N/A	Evidência / Fonte
1. Na transição de cuidados é utilizada a técnica de comunicação ISBAR?				
2. Na transição de cuidados, sem prejuízo das situações a que se refere o nº 1 do Despacho nº 2784/2013, de 11 de fevereiro, é utilizada a técnica de comunicação ISBAR?				
3. Nos momentos vulneráveis/críticos, a transferência de informação entre profissionais é prioritária?				
4. Os responsáveis pelo processo de transmissão de informação, na transição de cuidados, estão identificados de forma inequívoca?				
5. A transmissão de informação nas transições ocorre de forma escrita?				
6. A instituição assegura formação aos profissionais envolvidos no processo de transferência de informação sobre a técnica ISBAR?				
7. A instituição monitoriza o processo de transferência de informação nos termos do Despacho nº 2784/2013?				
Subtotal	/_	/_	/_	
ÍNDICE CONFORMIDADE (IC)	%			

Avaliação final:

$$IC = \frac{\text{Total de respostas SIM}}{\text{Total de respostas aplicáveis}} \times 100 = \text{___}\%$$

7. A presente Norma é complementada com o seguinte texto de apoio que orienta e fundamenta a sua implementação.



Francisco George
Diretor-Geral da Saúde

TEXTO DE APOIO

Conceitos, definições e orientações

- A. **Segurança do doente:** redução de risco de dano desnecessário à pessoa que recebe os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. O mínimo aceitável é de uma forma geral direcionado para o conhecimento atual, recursos disponíveis, contexto da prestação de cuidados em oposição ao risco de não tratamento ou de outro.
- B. **Transição de cuidados de saúde:** qualquer momento da prestação em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, que tem como missão a continuidade e segurança dos mesmos.
São exemplos, a transição de cuidados entre os cuidados de saúde primários, os cuidados hospitalares e os cuidados continuados integrados, bem como, a transição intra/inter-instituições.
São momentos vulneráveis/críticos da transição de cuidados para a segurança do doente os momentos cuja complexidade envolvem um maior risco de erro na transferência de informação, como é o caso das admissões e altas hospitalares para o domicílio ou para outro nível de cuidados, e das mudanças de turno na mesma instituição.
- C. **Transmissão de informação:** comunicação entre profissionais de saúde e entre instituições prestadoras de cuidados, sobre identificação e informações do estado de saúde do doente, sempre que existe transferência, temporária ou permanente, da responsabilidade de prestação de cuidados.
- D. **Comunicação eficaz entre profissionais de saúde:** Transmissão de informação entre os profissionais de saúde, que se caracteriza por ser oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor.
- E. **ISBAR:** ferramenta de padronização de comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados.
- F. **Mnemónica ISBAR:** auxiliar de memória que permite através de formas simples, memorizar construções complexas, para serem utilizadas na transmissão verbal, em que I: corresponde à Identificação, S: à Situação atual, B: aos Antecedentes, A: à Avaliação, R: às Recomendações.

Identificação: Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação;

Situação atual: Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde;

Antecedentes: Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade;

Avaliação: Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas;

Recomendações: Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente.

- G. **Profissionais responsáveis pelo processo de transferência de informação:** o médico e/ou o enfermeiro da equipa que acompanha o doente na instituição de origem e de receção, bem como o Técnico de Emergência Pré-Hospitalar, aquando da admissão nos serviços de urgência.
- H. É utilizado o termo **doente**, sendo o racional da sua escolha o “Plano Nacional Para a Segurança dos Doentes 2015-2020”, que, tendo em mente a transversalidade do Serviço Nacional de Saúde, engloba a pessoa que não está doente, como o adulto submetido a imunização, a grávida, a puérpera, o recém-nascido e a criança/adolescente.

Fundamentação

- A. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 tem como objetivo, “melhorar a prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis de cuidado no SNS” e para isso recorre a objetivos estratégicos, entre os quais, o aumento da segurança da comunicação.
- B. A qualidade na transição dos cuidados de saúde é um elemento fundamental na segurança do doente, isto porque é associada ao aumento da qualidade da prestação de cuidados, à diminuição de eventos adversos e consequentemente diminuição da mortalidade.
- C. As transições de cuidados no doente são momentos frequentes nas organizações de saúde, que podem até passar despercebidos. Mas são consideradas situações vulneráveis para o doente, pela sua natureza de alto risco, uma vez que são ocasiões de grande exigência, no que diz respeito à manutenção da comunicação eficaz entre os profissionais de saúde.
- D. As transições de cuidados seguros baseiam-se na implementação de uma comunicação eficaz entre as equipas prestadoras de cuidados, competindo a estas o dever de assegurar uma comunicação precisa e atempada de informações, contribuindo para a redução da ocorrência de erros e evitando lacunas na transmissão da informação, que podem causar quebras graves na continuidade de cuidados e no tratamento adequado.
- E. As falhas na comunicação são das principais causas de eventos adversos na saúde, a nível internacional. A evidência indica que até 70% destes eventos, ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados do doente.
- F. As falhas mais comuns de comunicação entre profissionais de saúde, decorrentes da transferência de cuidados estão relacionadas com as omissões de informação, erros nas informações, falta de precisão e a falta de priorização das atividades.
- G. Em relação aos estudos nacionais, apesar da pouca diversidade, no que diz respeito a falhas na comunicação em situações de transição, é de referenciar um estudo de 2012, onde se verificou que 50% dos casos tinham inexistência de comunicação eficaz entre os profissionais de saúde, de forma a garantir a continuidade informacional nos cuidados de saúde.
- H. A comunicação eficaz na transição dos cuidados de saúde é necessária para melhorar a segurança do doente e contribuir para a diminuição dos eventos adversos.
- I. A comunicação eficaz na saúde requer conhecimento, competência e empatia. O profissional de saúde deve saber quando falar, o que dizer e como dizer. A comunicação apesar de ser utilizada todos os dias durante a prestação de cuidados de saúde, exige competências que

devem ser apreendidas e praticadas, de forma a contribuir para o estabelecimento de comunicação eficaz em ambientes dinâmicos, comuns aos profissionais de saúde.

- J. Uma das estratégias que garante a eficácia da comunicação é a utilização de uma ferramenta que promova a uniformização da mesma, mas também a sua implementação de forma ativa.
- K. A metodologia ISBAR é recomendada por várias organizações de saúde por força da sua fácil memorização pelos profissionais e pela possibilidade de replicação em diferentes contextos da prestação de cuidados, mas também, porque é uma estratégia de compreensão de mensagens, recorrendo a uma metodologia padronizada, simples, flexível, concisa e clara para comunicar informações desses cuidados.
- L. Para além de funcionar como ferramenta de uniformização da comunicação entre os profissionais de saúde, a metodologia ISBAR contribui para a rápida tomada de decisões, promove pensamento crítico, diminui o tempo na transferência de informação e promove a rápida integração dos novos profissionais.

Avaliação

- A. A avaliação da implementação da presente Norma é contínua, executada a nível local, regional e nacional, através de processos de auditoria interna e externa.
- B. A efetividade da implementação da presente Norma e a emissão de diretivas e instruções para o seu cumprimento é da responsabilidade das direções clínicas das instituições prestadoras de cuidados de saúde.

Comité Científico

- A. A presente Norma foi elaborada no âmbito do Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde.
- B. A elaboração da proposta da presente Norma teve o apoio científico de Cristina Ribeiro (coordenação), António Menezes da Silva (Ordem dos Médicos), Tânia Vieira Soares (Ordem dos Enfermeiros) e Tiago Soares.
- C. Foi ouvido o INEM.

Coordenação executiva

A coordenação executiva da atual versão da presente Norma foi assegurada por Maria João Gaspar.

Bibliografia

AZEVEDO, Paulo; SOUSA, Paulino. Partilha de informação de enfermagem: dimensões do papel de prestador de cuidados. Revista de enfermagem Referência. Lisboa. ISBN, n7 julho 2012,113-122;

CLARK, Eileen et al. The PACT Project: improving communication at handover. Medical Journal of Australia. 190:11 (2009) 125-127.

CORNELL, Paul et al. Impact of SBAR on Nurse Shift Reports and Staff Rounding. *Medsurg nursing: official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*. United States. ISSN 1092-0811. 23:5 (2014) 334-342.

DAWSON, Sarah; KING, Lindy; GRANTHAM, Hugh. Review article: Improving the hospital clinical handover between paramedics and emergency department staff in the deteriorating patient. *Emergency medicine Australia: EMA*. ISSN 1742-6723. 25:5 (2013) 393-405. doi: 10.1111/1742-6723.12120.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final. DGS: Lisboa, 2011.

JEFFCOTT, S. A. et al. Improving measurement in clinical handover. *Quality & safety in health care*. 18:4 (2009) 272-7.

JOHNSON, Julie K.; ARORA, Vineet M. Improving clinical handovers: creating local solutions for a global problem. *Quality & safety in health care*. 18:4 (2009) 244-5.

JORM, Christine M.; WHITE, Sarah; KANEEN, Tamsin. Clinical handover: critical communications. *The Medical Journal of Australia*. 190:11 Suppl (2009) S108-9.

MARSHALL, S et al. The Evaluation of Structured Communication Tools in Healthcare in Proceedings of The Human Factors And Ergonomics Society 52nd Annual Meeting. 2008 set 22-26; Nova Iorque, Estados Unidos da América [Consult. 21/12/2016]. Disponível em <http://pro.sagepub.com/content/52/12/860.abstract>.

Meester, K et al. SBAR improves nurse - physician communication and reduces unexpected death: A pre and post intervention study. *Elsevier Ireland Ltd*. 84 (2013) 1192-1196.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Despacho n.º 2784/2013, de 11 de fevereiro de 2013. Aprova os registos eletrónicos relativos às notas de alta médica e de enfermagem nos serviços e estabelecimentos integrados no Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República*, 20 fev 2013; 36 (II série): 6908-6909.

PORTEOUS, J et al. iSoBAR - a concept and handover checklist: the National Clinical Handover Initiative. *Medical Journal of Australia*. 190:11 (2009) 152-156.

POTHIER, D et al. Pilot study to show the loss of important data in nursing handover. *British Journal of Nursing*, 14:19 (2005) 1034-1038.

RENZ, S et al. Examining the feasibility and utility of an SBAR protocol in long term care. *Geriatric Nurse*. 34:4 (2013) 295-301.

SANTOS, M et al. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 10 (2010) 47-57.

SCOTTEN, M et al. Minding the gap: Interprofessional communication during inpatient and post discharge chasm care. *Patient Education and Counseling*. United States. ISSN 07383991, Julho, vol 98, 895-900.

THE JOINT COMMISSION; THE JOINT COMMISSION INTERNATIONAL; WORLD HEALTH ORGANIZATION - Communication During Patient Hand-Over. *Patient Safety Solutions*. 1:3 (2007) 1-4.

THOMAS, M et al. Failures in Transition: Learning from Incidents Relating to Clinical Handover in Acute Care. 35:3 (2013) 49-56.

THOMPSON, J et al. Using the ISBAR handover tool in junior medical officer handover: a study in an Australian tertiary hospital. *Postgraduate Medical Journal - BMJ Journals*. 87 (2011) 340-344.

VARDAMAN, James M et al. Beyond communication: The role of standardized protocols in a changing health care environment. *Health Care Management Review*. 37:1 (2012) 88-97.

ANEXOS

Anexo I - modelo explicativo da técnica ISBAR

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