



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

QUALIDADE E SEGURANÇA NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: UM PERCURSO

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

Por

Filipa Vanessa Moreira Teixeira

Porto, maio de 2021



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

**QUALIDADE E SEGURANÇA NOS CUIDADOS DE
ENFERMAGEM: UM PERCURSO**

SECURITY AND QUALITY IN NURSE CARE: A PATHWAY

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

Por

Filipa Vanessa Moreira Teixeira

Sob a orientação da Prof^a Doutora Irene Oliveira

Porto, maio de 2021

RESUMO

O presente relatório incide sobre o percurso realizado no âmbito da unidade curricular “Estágio Final e Relatório”, do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, do Instituto de Ciência da Saúde-Porto da Universidade Católica Portuguesa, com o objetivo de dar a conhecer os objetivos e as atividades desenvolvidas com vista à aquisição de competências. A segurança e a qualidade dos cuidados de saúde serviram como fio condutor para a realização das atividades desenvolvidas durante os dois contextos de estágios: Serviço de Medicina Intensiva Polivalente e Serviço de Urgência de novembro de 2020 a fevereiro de 2021. Ao longo do relatório foi usada uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva, suportada em pesquisa bibliográfica, recorrendo a bases de dados, publicações periódicas e a trabalhos de investigação.

Com a alteração da alocação da unidade de cuidados intensivos polivalente, devido ao contexto de pandemia por COVID-19, e a adaptação dos recursos humanos, tendo como pano de fundo a segurança de cuidados, tornou-se pertinente a pesquisa de evidência científica sobre a escala Nursing Activities Score, a escala Behavioral Pain Scale, tendo sido dados contributos através de formação em serviço. Neste Contexto foi elaborado um póster relativo à temática da Pneumonia Associada à Intubação, dado que é uma infeção grave adquirida no serviço de medicina intensiva em doentes submetidos a intubação e ventilação mecânica por mais de 48 horas, mas que é passível de prevenção com o cumprimento de medidas simples (bundle), constituindo um grande desafio à prática de enfermagem.

No estágio no serviço de urgência foi possível desenvolver várias competências de enfermagem especializada no atendimento da pessoa em situação de urgência e emergência. Destaco a identificação de oportunidade de melhoria no âmbito da comunicação, que levou à elaboração de uma norma interna com o tema “Comunicação eficaz em enfermagem na transição de cuidados – Utilização da técnica ISBAR no Serviço de Urgência”. A evidência científica demonstra que uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde permite diminuir as situações de redundância, gerir tempo dos cuidados, aumentar a segurança do doente e a satisfação dos próprios profissionais.

As pesquisas de literatura realizadas, as atividades e reflexões desenvolvidas, os cuidados executados e as experiências vividas contribuíram para o meu crescimento profissional e pessoal, promovendo a aquisição de competências específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. O percurso realizado em tempos de pandemia exigiu muita dedicação e empenho, fortalecendo a determinação na minha prática diária de manter a promoção da qualidade e segurança constantes dos cuidados baseados na evidência no âmbito das competências de mestre em enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Pessoa em Situação Crítica; Segurança do Doente; Qualidade dos Cuidados; Comunicação Eficaz.

ABSTRACT

This report focuses on the path taken in the scope of the curricular unit “Final Stage and Report”, of the Master's Course in Nursing with Specialization in Medical-Surgical Nursing, in the area of Nursing for Critical Ill Patient, from the Institute of Health Sciences - Porto of the Universidade Católica Portuguesa, with the objective of publicizing the objectives and activities developed with a view to acquiring skills. The safety and quality of health care served as a guideline for carrying out the activities developed during the two internships contexts: Intensive Care Service and Emergency Service from November 2020 to February 2021. Throughout the report, it was used a descriptive and critical-reflexive methodology, supported by bibliographic research, using databases, periodical publications and research work.

With the change in the allocation of the multipurpose intensive care unit, due to the context of the pandemic by COVID-19, and the adaptation of human resources, with the safety of care as a background, the search for scientific evidence on the Nursing Activities Score scale, the Behavioral Pain Scale scale, with contributions being made through in-service training. In this context, a poster was elaborated on the topic of Pneumonia Associated with Intubation, given that it is a serious infection acquired in the intensive care service in patients submitted to intubation and mechanical ventilation for more than 48 hours, but which is preventable with compliance of simple measures (bundle), constituting a great challenge to the practice of nursing.

In the internship in the emergency department, it was possible to develop several nursing skills specialized in caring for people in urgent and emergency situations. I highlight the identification of opportunities for improvement in the scope of communication, which led to the development of an internal standard with the theme "Effective communication in nursing in the transition of care - Use of the ISBAR technique in the Emergency Department". Scientific evidence demonstrates that effective communication between health professionals makes it possible to reduce situations of redundancy, manage care time, increase patient safety and the satisfaction of the professionals themselves.

The literature searches carried out, the activities and reflections developed, the care performed and the lived experiences contributed to my professional and personal growth, promoting the acquisition of specific skills of the specialist nurse in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for the Person in Situation Criticism. The path taken in times of pandemic demanded a lot of dedication and commitment, strengthening the determination in my daily practice to maintain the promotion of constant quality and safety in evidence-based care within the scope of the skills of a master in nursing.

Keywords: Medical-Surgical Nursing; Critical Illness; Safety Care; Quality Care; Effective communication.

“Nursing is an art: and if it is to be made an art, it requires an exclusive devotion as hard a preparation, as any painter’s or sculptor’s work; for what is the having to do with dead canvas or dead marble, compared with having to do with the living body, the temple of God’s spirit? It is one of the Fine Arts: I had almost said, the finest of Fine Arts.”

Florence Nightingale

DEDICATÓRIA

... À minha Avó!

AGRADECIMENTOS

Esta etapa da minha vida contou com a cooperação, incentivo e compreensão de diversas pessoas que, de forma direta ou indireta, estiveram ao meu lado nesta grande caminhada pessoal e profissionalmente.

À Sr^a Professora Doutora Irene Oliveira pela disponibilidade e profissionalismo. À Enfermeira Salete e Enfermeira Luzia, à Enfermeira Maribel e à Enfermeira Cristiana que me acompanharam neste percurso, o meu muito obrigado!

Aos meus “Fozeiros”, pelo bom humor, palavras de incentivo, estímulo e momentos de aprendizagem partilhados.

À minha família como principal pilar em todas as etapas da minha vida.

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

APA - American Psychological Association

ATP – Adenosina Trifostato

ARDS – Acute Respiratory Distress Syndrome

BIS - Bispectral Index Score

BPS - Behavioural Pain Scale

CCI - Comissão de Controlo de Infeção

CCIRA – Comissão de Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direção Geral de Saúde

ECDC - European Centre for Disease Prevention and Control

EEMC – Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPAP - Pressão Positiva Inspiratória nas Vias Respiratórias

EPI – Equipamento de Proteção Individual

GCL – PPCIRA – Grupo Coordenador Local - Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

IACS – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

ITU – Infeção do Trato Urinário

NAS – Nursing Activities Score

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAI – Pneumonia associada à Intubação

PBCI – Precauções Básicas do Controlo da Infeção

PEEP - Pressão Positiva Expiratória Final

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

RAM - Resistência dos Microrganismos aos Antimicrobianos

RASS - Richmond Sedation Agitation Scale

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SARS COV-2 – Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2

SMIP – Serviço de Medicina Intensiva Polivalente

SU- Serviço de Urgência

TAC – Tomografia Computorizada

TISS – Therapeutic Intervention Scoring System

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UCP – Universidade Católica Portuguesa

VNI – Ventilação Não Invasiva

ÍNDICE GERAL

1. INTRODUÇÃO	17
2. CONTEXTOS DE PRÁTICA CLÍNICA: QUALIDADE E SEGURANÇA	21
2.1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS: PERCURSO NA CCIRA..	21
2.2. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA: QUALIDADE E SEGURANÇA.....	26
3. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS: O ENFERMEIRO ESPECIALISTA	35
3.1. CUIDAR DA PESSOA E FAMÍLIA A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA.....	36
3.2. OTIMIZAR O AMBIENTE E OS PROCESSOS TERAPÊUTICOS	46
3.3. MAXIMIZAR A PREVENÇÃO E O CONTROLO DA INFEÇÃO	51
4. CONCLUSÃO	55
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
6. APÊNDICES	70
6.1. Apêndice I – Instrução de trabalho “Descontaminação por peróxido de hidrogénio”.....	71
6.2. Apêndice II – Apresentação da Escala de NAS	77
6.3. Apêndice III – Apresentação da Escala BPS	85
6.4. Apêndice IV – Comunicação eficaz na transição de cuidados	96
6.5. Apêndice V – Poster: Comunicação eficaz na transição de cuidados....	107
6.6. Apêndice VI – Norma: Comunicação eficaz na transição de cuidados ..	109
6.7. Apêndice VII – Crachá: Comunicação eficaz na transição de cuidados	114
6.8. Apêndice VIII – Poster “Pneumonia Associada à Intubação”	116

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da unidade curricular Estágio Final e Relatório, inserida no curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, do Instituto de Ciências da Saúde - Porto da Universidade Católica Portuguesa (UCP), totalizando 30 ECTS e 840 horas.

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica o enfermeiro especialista é um enfermeiro que detém conhecimentos, capacidade de julgamento clínico e de tomada de decisão. Tem competências comuns que favorecem a conceção, gestão e supervisão de cuidados, definidas segundo diferentes domínios: Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; Melhoria Contínua da Qualidade; Gestão de Cuidados; Aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) é reconhecido como uma referência no cuidado à pessoa a vivenciar um situação médica/cirúrgica complexa, proveniente de doença aguda ou crónica (Ordem dos Enfermeiros, 2017). De forma a criar um referencial para a prática especializada, o Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica em 2017, definiu os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Satisfação do Cliente, Promoção da Saúde, Prevenção de Complicações, Bem-estar e Autocuidado, Readaptação Funcional, Organização dos Cuidados, Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência a Antimicrobianos e Segurança nos Cuidados Especializados (Ordem dos Enfermeiros, 2017). À exceção do último, todos os restantes Padrões de Qualidade se repetem nos Padrões de Qualidade dos cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2017). A atenção ao cumprimento dos Padrões de Qualidade referidos

é atribuída ao Colégio de Especialidade da OE, e é com base neles que se integram as Competências Comuns (Ordem dos Enfermeiros, 2019) e as Competências Específicas (Ordem dos Enfermeiros, 2018):

1. Cuidar da pessoa, família ou cuidador que vivencia processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica;
2. Otimizar o ambiente e processos terapêuticos por forma a responder a situações de emergência;
3. Maximizar a prevenção, intervenção e controlo de infeção e resistência a antimicrobianos.

Desta forma, os objetivos específicos traçados no projeto de estágio e as atividades realizadas tiveram por base as competências específicas do EEEMC, com foco na qualidade de cuidados e segurança.

Este relatório contextualiza o desenvolvimento profissional e pessoal decorrente do estágio da unidade curricular “Estágio Final e Relatório” que decorreu entre novembro de 2020 e fevereiro de 2021, dividido em dois contextos obrigatórios: Serviço de Medicina Intensiva Polivalente (SMIP) e Serviço de Urgência (SU). O Estágio em ambos os contextos foi realizado num Centro Hospitalar do norte do país, num total de 400 horas de contacto (360 horas de estágio, 20 horas de seminário e 20 horas de orientação tutorial) e 440 horas de trabalho individual.

Embora o presente relatório se refira ao trabalho desenvolvido nos contextos referidos anteriormente, convém mencionar que, para o desenvolvimento das competências requeridas, foi também realizado no 1º ano do Curso um estágio no âmbito de uma das áreas de opção disponíveis, que no meu caso ocorreu no âmbito do Grupo de Coordenação Local – Programa Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) referente à unidade curricular “A pessoa em situação crítica e família: vigilância e decisão clínica”, no período de 7 de setembro a 30 de outubro de 2020, num total de 180 horas. A escolha da realização deste estágio na área do controlo de infeção prendeu-se pelo facto do meu percurso enquanto enfermeira, se ter desenrolado maioritariamente no serviço de bloco operatório, em que o controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos estão no foco das atenções, bem como, o meu interesse em desenvolver novas

competências e atualizar conhecimentos que contribuam para a excelência dos cuidados prestados.

O estágio constituiu um momento de aprendizagem que, aliando a teoria à prática, permite o desenvolvimento e a aquisição de competências fundamentais para a abordagem de enfermagem ao doente crítico. O estágio é essencial à formação do estudante, sendo um momento específico da sua aprendizagem, proporcionando reflexão sobre a ação profissional e uma visão crítica da dinâmica das relações existentes no campo institucional, devendo este ser apoiado por uma supervisão dinâmica e criativa, possibilitando assim a elaboração de novos conhecimentos (Bouso, Merighi, Rolim, Riesco, & Angelo, 2000).

Ingressei neste curso de Mestrado na perspectiva de adquirir novas competências, de contribuir para a formação permanente e melhorar cuidados de enfermagem baseados na evidência. A opção da realização do estágio no SMIP incidiu no facto de prestar assistência a doentes das diferentes especialidades médicas e cirúrgicas fundamentais para a aquisição de competências específicas. A escolha pelo SU deveu-se à possibilidade de me integrar o percurso do doente crítico desde a sua admissão, diagnóstico, tratamento e alta. Ambos os serviços escolhidos pertencem à mesma instituição onde desenvolvo a minha atividade profissional, e mantêm contacto constante com o meu serviço de origem, o serviço de bloco operatório. Este facto permitiu conhecer a dinâmica e o circuito de cuidados ao doente crítico, tornando-se numa mais-valia para a continuidade dos mesmos.

Apresentando as atividades e vivências desenvolvidas nos contextos de estágio com base numa metodologia descritiva e critico-reflexiva suportada em pesquisas bibliográficas nas bases de dados, publicações periódicas e a trabalhos de investigação, com este relatório pretendo responder aos seguintes objetivos: descrever o processo de planeamento e concretização dos objetivos definidos no projeto de estágio; analisar o processo de desenvolvimento de competências; refletir sobre a ação na resolução de problemas novos em contextos multidisciplinares; avaliar os contributos dos contextos de prática clínica; e servir como instrumento de avaliação/certificação de competências na área de especialização.

Estruturalmente o relatório encontra-se dividido em quatro partes para facilitar a leitura do mesmo e a compreensão. No segundo capítulo, pela sua pertinência e importância no desenvolvimento de competências, caracterizo e descrevo o estágio realizado no 1º ano em contexto de Comissão Controlo de Infecção, e caracterizo os contextos do Estágio Final com o objetivo de apresentar o ponto de partida e as circunstâncias dos locais de prática para o processo de aquisição de competências específicas, assim como as intervenções desenvolvidas e a sua pertinência, tendo como foco de especial atenção a qualidade e segurança nos cuidados de enfermagem. No capítulo seguinte através das competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) na área da enfermagem à pessoa em situação crítica, descrevo as atividades desenvolvidas para atingir os objetivos definidos no projeto de estágio para aquisição de competências especializadas e no âmbito do grau de mestre.

2. CONTEXTOS DE PRÁTICA CLÍNICA: QUALIDADE E SEGURANÇA

Os cursos de especialização surgem para desenvolver competências numa área específica de cuidados, permitindo a qualificação profissional e a aptidão para a prática dos cuidados especializados fundamentados na evidência científica e direcionada para um contexto situacional de saúde no cuidado à pessoa e família (Paz & Kaiser, 2011).

A segurança do doente tornou-se um ponto fulcral na prestação de cuidados de saúde. A segurança do doente promove a redução do risco de danos desnecessários, decorrentes ou associados a ações tomadas durante os cuidados de saúde. A cultura de segurança de uma organização compreende os valores partilhados pelos membros que a compõem, assentes no funcionamento e interação das unidades de trabalho, e destas com as restantes estruturas organizacionais, que juntos produzem normas e procedimentos para promover a segurança do doente e por consequente a qualidade dos cuidados (Lima, 2014).

2.1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS: PERCURSO NA CCIRA

O curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa integra uma componente prática para o desenvolvimento e aquisição de competências de enfermeiro especialista. Num primeiro contacto, e inserido na unidade curricular “A Pessoa em Situação Crítica e Família: Vigilância e Decisão Clínica”, do 1º ano num total de 12 ECTS, realizei o estágio na Comissão de Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos (CCIRA) de um Centro Hospitalar da região norte do país a que integra o GCL-PPCIRA. A Circular Normativa nº18/DSQC/DSC de 15/10/07 da

Direção-Geral da Saúde (DGS) define o GCL-PPCIRA como um órgão de assessoria técnica de apoio à gestão dotada de autoridade institucional e autonomia técnica, na definição das estratégias para prevenir e controlar as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) (Direção Geral de Saúde, 2007). A mesma entidade define a IACS como a infeção adquirida pelos doentes após receberem cuidados e procedimentos de saúde e que podem também, afetar os profissionais de saúde (Direção Geral de Saúde, 2007). A prevenção e controlo de infeção e as resistências aos antimicrobianos marcam a atualidade. As IACS e o aumento da resistência aos antimicrobianos (RAM) por parte dos microrganismos, são responsáveis por um agravamento da doença de base, prolongando os internamentos, aumentando a morbilidade e mortalidade e elevando os custos em saúde (Direção Geral de Saúde, 2017).

O maior uso de antibióticos pelo aumento das IACS, acentua a pressão geradora de RAM que por sua vez, inviabiliza a qualidade dos cuidados e é a principal ameaça à segurança dos cidadãos. No relatório global sobre a vigilância da RAM, a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2015, refere mesmo que se trata de um problema de Saúde Pública (Direção Geral de Saúde, 2017). Dado o seu impacto na saúde e na sociedade, a prevenção das IACS constitui um objetivo estratégico no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (Ministério da Saúde, 2015), estando também contemplada no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Neste momento o GCL- PPCIRA é constituído por 2 enfermeiras e um médico, coordenador. Estes elementos reúnem-se com alguma frequência para avaliação de situações de risco, análise e discussão de problemas e/ou dúvidas às quais é solicitado parecer técnico. Nos restantes serviços existe pelo menos um enfermeiro dinamizador, denominado elo de ligação. Segundo a DGS, este elo de ligação deve em articulação com a GCL-PPCIRA, facilitar a aplicação do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos em cada serviço (Direção Geral de Saúde, 2007). Durante este período de estágio pude constatar que a maioria dos contactos com a CCIRA é realizado pelas chefias de cada serviço. Os enfermeiros a exercer funções neste serviço planeiam e

organizam as atividades inerentes à implementação de todas as ações necessárias para o controlo de infeção. Assim, elaboram planos de prevenção e controlo de infeção, realizam formação e sensibilização de todos os profissionais, nomeadamente acolhimento a novos profissionais, auditorias às boas práticas dos cuidados e vigilância epidemiológica.

De forma a cumprir as estratégias propostas pelo referido programa, a GCL-PPCIRA não articula apenas com os serviços clínicos, mas também com os não clínicos, como o aprovisionamento, serviço de higiene segurança e saúde no trabalho, gestão de risco e serviço de instalação e equipamentos. Neste âmbito, colaborei com a avaliação e seleção de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) provenientes dos concursos de aquisição de equipamentos, nomeadamente, máscaras cirúrgicas, respiradores, batas de proteção, batas cirúrgicas, entre outros.

A utilização dos EPI, mediante formação dos trabalhadores, definição de procedimentos de utilização segura e monitorização da sua utilização, promovem a segurança do trabalhador. O guia geral para a seleção de EPI, elaborado pela Autoridade para as condições de trabalho em parceria com Associação Portuguesa de Segurança e Instituto Português da Qualidade, apresenta um conjunto de indicações de apoio à seleção de EPI. Entre elas, podemos destacar os itens a ter em atenção no momento da avaliação do EPI: assegurar que os EPI são adequados aos riscos a prevenir e às condições dos postos de trabalho, garantir que os EPI são adequados ao utilizador, selecionar equipamentos com marcação “CE” e garantir que os EPI fornecidos são acompanhados dos respetivos manuais e fichas técnicas (Almeida, et al., 2016).

Toga (2015) considera a auditoria interna como um apoio à gestão, com ferramentas que auxiliam a tomada de decisões. Nas instituições de saúde as auditorias internas a finalidade não passa pela procura de erros ou más práticas, mas pela avaliação da qualidade dos cuidados prestados. Desta forma, são criadas normas, procedimentos, protocolos e instruções de trabalho de forma a atingirem os objetivos definidos (Toga, 2015).

A Administração Central de Sistemas de Saúde, I.P. (ACSS) define auditoria interna com um processo independente, de consultoria e avaliação objetiva, destinado a acrescentar valor e melhorar as intervenções das organizações (Administração Central de Sistemas de Saúde, 2007). No decorrer do estágio tive a possibilidade de realizar 2 tipos de auditorias, uma auditoria ao cumprimento às Precauções Básicas do Controlo de Infecção (PBCI) através do preenchimento de um formulário com dois métodos de avaliação, a observação e a entrevista, e uma auditoria à limpeza e desinfeção das salas operatórias através da realização de colheitas de zaragatoas.

O PPCIRA (Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos) implementou em 2014, uma Estratégia Multimodal para promoção das PBCI, com o objetivo de dar continuidade à promoção da higiene das mãos e abordar as restantes PBCI de uma forma padronizada e consistente, de forma a ajudar todos os profissionais de saúde a identificar as inconformidades nas boas práticas e introduzir estratégias de intervenção para melhoria. A auditoria às PBCI, tem como principal objetivo alcançar um conjunto de indicadores e de informação, de forma a identificarem as inconformidades na sua utilização e, direcionar as medidas de intervenção para melhoria contínua (Direção Geral de Saúde, 2016).

No controlo de infeções, as pessoas e as suas práticas são extremamente importantes, assim como o ambiente que os rodeia. Um ambiente limpo e seco reduz os riscos de infeções cruzadas, assim, as boas práticas de limpeza e descontaminação do ambiente hospitalar promovem a diminuição significativa do número e tipo de microrganismos (Direção Geral de Saúde, 2017). Existem cada vez mais evidências para apoiar que o meio ambiente é um importante reservatório de microrganismos hospitalares. O tempo de sobrevivência dos microrganismos no ambiente é variável, dependendo das suas características. Por exemplo, o *Staphylococcus aureus* apresenta um tempo de sobrevivência de pelo menos 10 dias em uma superfície seca (Mitchell, Wilson, Dancer, & McGregor). A Bioluminescência de ATP (Adenosina Trifostato) é em método que avalia a carga biológica das superfícies. Neste método é usado um cotonete para recolha de um esfregaço para amostragem de uma área padronizada antes e após a limpeza (Mitchell *et al*, 2013).

Quando iniciei o estágio, o Centro Hospitalar encontrava-se com um surto de uma betalactamase, New Delhi Metalobetalactamase (NDM-1). Esta enzima torna as bactérias resistentes a uma variedade de antibióticos, nomeadamente os carbapenemos, utilizados como principal tratamento de infeções causadas por bactérias resistentes a antibióticos (Rosa, Biegelmeyer, Lange, Bittencourt, & Picoli, 2014). A NDM-1 foi relatada pela primeira vez em 2009, na cidade de Nova Delhi, na Índia, em *Klebsiella pneumoniae*. Em agosto de 2010 foi emitido um comunicado sobre a emergência de NDM-1, relacionada com o aumento da morbidade e mortalidade hospitalar na Índia, no Paquistão e na Inglaterra (Rosa, Biegelmeyer, Lange, Bittencourt, & Picoli, 2014). Com o aumento dos casos no Centro Hospitalar, as solicitações para esclarecimento de dúvidas aumentaram e foi realizado uma pesquisa bibliográfica sobre a temática da resistência antimicrobiana, com ênfase na NDM-1. Com este trabalho demonstrei conhecimentos específicos na prevenção, intervenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos, fundamentando a intervenção na melhor evidência científica como podemos encontrar descrito nas competências específicas do EEEMC na área à pessoa em situação crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Durante o período de estágio na CCIRA, colaborei ainda na elaboração de uma instrução de trabalho sobre descontaminação biológica por vaporização de peróxido de hidrogénio. No momento de pandemia, os processos de desinfeção ganharam mais ênfase, mesmo em ambiente hospitalar, e a tecnologia é uma aliada no controlo da infeção cruzada. Vários especialistas afirmam que a limpeza cuidadosa e a desinfeção das superfícies do hospital são elementos essenciais na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos (Boyce, 2016). As mais novas tecnologias de descontaminação "sem toque" (automatizadas) incluem aerossóis e peróxido de hidrogênio vaporizado e dispositivos de luz ultravioleta contínua (UV-C). A desinfeção com peróxido de hidrogênio tem demonstrado em vários estudos a redução de colonização em superfícies (Boyce, 2016).

O meu estágio coincidiu com a aquisição do Centro Hospitalar um aparelho de vaporização de peróxido de hidrogénio com partículas de prata no âmbito da higienização de descontaminação de superfícies e áreas. O peróxido de hidrogénio

associado a partículas de prata são duas substâncias químicas com elevado potencial de ação na desinfecção de ambientes e superfícies hospitalares. Considerado um desinfetante de alto nível, a ação combinada entre os dois princípios ativos permite eliminar vírus, bactérias, fungos, esporos e até micobactérias causadoras de tuberculose. O peróxido de hidrogênio, popularmente conhecido como água oxigenada, reage com o ambiente formando radicais livres que atacam a membrana celular do microrganismo e os iões de prata atacam o DNA e outras estruturas dos microrganismos impedindo a sua reprodução. O alcance de uma alta taxa de descontaminação biológica de microrganismos requer concentração alta e tempo de exposição definidos (OxiPharma, 2020).

Com a elevada importância deste método de descontaminação foi necessário a elaboração de uma instrução de trabalho, de forma a padronizar o uso do equipamento. Com o apoio do técnico da empresa do equipamento e com as instruções técnicas desenvolvi com a CCI o documento e realizamos visitas com as devidas demonstrações do procedimento, e avaliação da descontaminação através da leitura de tiras de controlo (Apêndice I).

Encaro a elaboração desta instrução de trabalho como uma melhoria para toda a instituição, quer pelo fato de padronizar o procedimento como pela acessibilidade a um método de descontaminação eficaz e tão importante em tempos de pandemia.

Este período de estágio permitiu conhecer toda a dinâmica e funcionamento do GCL-PPCIRA, compreendendo a importância do papel do enfermeiro especialista na maximização da prevenção e controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica.

2.2. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA: QUALIDADE E SEGURANÇA

Os Enfermeiros Especialistas independentemente da sua área de especialização partilham os domínios das competências comuns: domínio da responsabilidade profissional ética e legal, domínio da melhoria contínua de qualidade, domínio da

gestão dos cuidados e domínio das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Este estágio desenvolveu-se em dois contextos, no Serviço Medicina Intensiva Polivalente (SMIP) e no Serviço de Urgência (SU) do mesmo Centro Hospitalar do norte do país, dos quais descrevo o ambiente, as características e as dinâmicas, que influenciaram o desenvolvimento das atividades realizadas.

O primeiro estágio desenvolveu-se no SMIP, mais propriamente na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) no período entre 2 de novembro de 2020 a 6 de janeiro de 2021. A UCIP quanto à estrutura é constituída por uma sala aberta com 10 unidades e um quarto de isolamento, sendo que todas as unidades estão monitorizadas centralmente. Apresenta um balcão central de monitorização e registo que permite a observação contínua de todos os doentes. Este tipo de estrutura apresenta a vantagem do contacto visual permanente e direto do enfermeiro com o doente, proporcionando maior observação e vigilância, economia de espaço, e maior rentabilidade dos cuidados de enfermagem. Neste tipo de UCIP existe menor privacidade, maior perceção de ruídos e maior risco de infeções associadas aos cuidados de saúde. Para minimizar estas desvantagens, todas as unidades apresentavam cortinas antibacterianas e estavam delimitadas no chão por fitas, de forma a existir um “bolha” individual de cada doente.

O total de enfermeiros que trabalham no serviço completam um rácio enfermeiro/doente de 1:2, adicionando no turno da manhã um enfermeiro especialista em reabilitação e um fisioterapeuta. Em cada turno existe um enfermeiro responsável de turno que assume o papel de supervisor e de coordenador. O método de trabalho utilizado na UCIP é o método individual, embora todos os restantes enfermeiros conhecessem a realidade de cada doente, uma vez que esta era apresentada em grupo na passagem de turno.

Os registos são efetuados informaticamente através da plataforma B-ICU.Care, integrado no B-Simple, no qual é possível aceder aos dados obtidos a partir dos dispositivos médicos do serviço (monitores, ventiladores), meios complementares de diagnóstico, informação clínica e índices de avaliação, utilizando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

Os doentes internados na UCIP são provenientes de diversos serviços: Sala de Emergência, Hospital de Dia, SU, transferência intra-hospitalar ou inter-hospitalar. Os critérios de admissão e alta na UCIP baseiam-se na reversibilidade do problema clínico, assim como, nos benefícios do tratamento e expectativa de recuperação. Por norma, não são admitidos doentes com diagnósticos que necessitem de apoio e intervenção de especialidades não disponíveis no Centro Hospitalar, como Neurocirurgia, Cirurgia Cardioratória, Cirurgia Plástica e Cirurgia Vascolar.

No decorrer do estágio, por consequências da pandemia por COVID-19 e o aumento do número de internamento em cuidados intensivos, a UCIP transformou-se numa unidade para doentes infetados com SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2). A unidade para doentes críticos sem a referida infeção, foi transferida para o espaço físico do recobro do serviço do bloco operatório central, localizado no mesmo piso. Esta unidade, que foi denominada por UCIP Contingência, na qual os cuidados eram assegurados por enfermeiros do grupo de anestesia do bloco operatório e enfermeiros da UCIP. Esta Unidade era também constituída por uma sala aberta, mas apenas com capacidade para 6 doentes. Apresentava um balcão central de monitorização e registo que permitia a observação contínua de todos os doentes. A dinâmica e organização desta unidade seguiu as diretrizes da UCIP, nomeadamente, nas rotinas de trabalho e definição de espaços. Assim, iniciei o meu estágio na UCIP, tendo realizado uma parte neste contexto e a restante parte do estágio na UCIP Contingência.

Prestar cuidados a doentes internados na UCIP foi um novo desafio. Se num primeiro impacto a parafernália de equipamentos necessários à manutenção da vida se mostra um pouco assustador, à medida que o estágio se desenvolvia o estranho foi-se desmistificando, e o foco deixou de ser as máquinas e passou a ser o doente crítico. No desenvolvimento de competências devo realçar a promoção da saúde do doente crítico, a importância do tratamento da dor e a análise sobre as infeções associadas aos cuidados de saúde. A transferência da UCIP para o recobro do bloco operatório e o facto de passar a UCIP contingência, com a participação de enfermeiros do grupo de anestesia, suscitou a necessidade realizar intervenções que colmatassem em ganhos para os colegas e, posteriormente, em ganhos para o doente e para a qualidade dos cuidados. Embora muitos dos

enfermeiros de anestesia que estavam destacados para a UCIP contingência tivessem experiência em cuidados intensivos e/ou eram Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica, iniciaram cuidados e intervenções que não faziam parte do seu dia-a-dia habitual.

Os índices que quantificam a carga de trabalho dos profissionais de enfermagem em UCI possibilitam a avaliação adequada da complexidade do doente, fundamentando informação vital para a previsão e a provisão de recursos materiais e humanos, nomeadamente, o tempo necessário à prestação de cuidados de enfermagem, o número de enfermeiros necessários por turno, bem como os recursos materiais necessários à prestação de cuidados de excelência ao doente crítico. Num ambiente e cuidados diferentes da sua prática habitual, a equipa responsável pela UCIP contingência apresentava por vezes dificuldade em cumprir as rotinas por turno, principalmente nos registos de enfermagem. Assim, e conciliando a importância da avaliação do trabalho do enfermeiro, realizei uma pesquisa bibliográfica sobre a escala NAS (Nursing Activities Score), cuja aplicação era realizada 1x/dia na UCIP Contingência.

A NAS trata-se de um instrumento desenvolvido a partir do Therapeutic Intervention Scoring System (TISS-28) por Miranda e seus colaboradores de forma a se tornar mais representativo das atividades realizadas nos cuidados intensivos (Miranda, et al., 2003). Em 2016, a referida escala foi adaptada e validada para português por Macedo e colaboradores (Macedo, et al., 2016). A mudança mais substancial ocorreu na categoria das atividades básicas, que foi convertida em: monitorização e controlos, procedimentos de higiene; mobilização e posicionamento; suporte e cuidados aos familiares e pacientes e tarefas administrativas e de gestão. A escala apresenta 7 grandes categorias e 23 itens. O resultado do valor identifica quanto tempo ao enfermeiro o doente exigiu nas últimas 24 horas. Assim se a pontuação for 100, interpreta-se que o paciente requereu 100% do tempo de um profissional de enfermagem no seu cuidado nas últimas 24 horas (Conishi & Gaidzinski, 2007).

Esta pesquisa resultou na realização de um documento digital com indicações disponibilizado aos enfermeiros e no aprofundamento do conhecimento sobre a temática (apêndice II). Durante os últimos turnos realizados, esclareci dúvidas e

partilhei as informações com os colegas, o que se veio a revelar enriquecedor e importante.

A qualidade em saúde é definida como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com cuidados de saúde ótimos, racionalização de recursos disponíveis, a adesão e satisfação do doente, e pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão (Ministério da Saúde, 2015). A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 - 2020 desafiou os serviços prestadores de cuidados a incorporarem as ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças no plano de melhoria contínua da qualidade e da segurança. Integrado no referido documento, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 pretendia atingir 9 objetivos estratégicos (Ministério da Saúde, 2015).

O segundo momento de estágio foi realizado no Serviço de Urgência ao longo de 180 horas, no período entre 7 de janeiro e 26 de fevereiro de 2021, no mesmo Centro Hospitalar do contexto anterior.

A Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência foi aprovada por Despacho em 14 de Novembro de 2001. Nesse documento, a DGS estabelece a distinção entre urgência e emergência de forma promover a lógica de funcionamento dos SU, e classifica-os em níveis: Serviços de Urgência Médico-cirúrgicos e Serviços de Urgência Polivalentes (Direção Geral de Saúde, 2001).

Em 2002, o Ministério da Saúde publica o Despacho Normativo nº11/2002, através do qual define o SU hospitalar como serviço de ação médica hospitalar, multidisciplinar e multiprofissional que têm o objetivo de prestar cuidados de saúde em todas as situações de urgência e emergência médica (Ministério da Saúde, 2002). Mais tarde, em 2014 no Despacho nº10319/2014 é reconhecido e valorizado o papel dos Serviços de Urgência Básicos (SUB) como estruturas com capacidade para a avaliação e estabilização inicial do doente urgente (Ministério da Saúde, 2014).

O SU em causa está classificado quanto ao nível de resposta como Médico-Cirúrgico, e é constituído por diversas áreas de prestação de cuidados de acordo com a prioridade e/ou especialidade atribuídas através do Sistema de Triagem de Manchester. Assim podemos encontrar, os Gabinetes de Triagem, a Sala de

Reanimação (prioridade vermelha e Vias Verdes), a Área de Pequena Cirurgia (Ortopedia e Cirurgia Geral), a Área dos Gabinetes Médicos (prioridade Azul/Verde), a Área Amarela e a Área Laranja. Devido à pandemia por SARS-CoV-2, a estrutura e dinâmica do SU sofreram alterações mediante o aumento da afluência dos doentes, nomeadamente nos circuitos e na distinção das áreas COVID-19 e não COVID-19. Às áreas referidas anteriormente acresceram a Área Laranja COVID-19, a Área Amarela COVID-19 e a Área Azul/Verde COVID-19.

Com atendimento 24 horas, o SU apresenta dois postos de triagem, onde se inicia o atendimento ao doente com a realização dos fluxogramas de triagem de prioridades através do Sistema de Triagem de Manchester. Implementada desde 2000 em Portugal, a Triagem de Manchester apresenta-se como instrumento de apoio à gestão do risco clínico, permitindo identificar uma prioridade clínica, com posterior encaminhamento da pessoa na área de atendimento mais adequada (Direção Geral de Saúde, 2018). Este apoio científico à tomada de decisão reflete-se na adequada gestão do encaminhamento dos doentes, promovendo uma prestação de cuidados celebre e clinicamente adequada. Para realização de triagem é necessário a realização do Curso de Triagem, e periodicamente existem auditorias aos processos de triagem.

Segundo o Grupo Português de Triagem (2021), o Sistema da Triagem de Manchester fornece ao profissional de saúde, um método de triagem baseado na prioridade clínica de identificação de problemas e não num diagnóstico. Com 50 fluxogramas que incluem todas potenciais situações incluindo 2 para catástrofe, o enfermeiro baseia-se nas queixas do doente, regista e analisa as informações que permitem a determinação da prioridade clínica dividida em 5 níveis (Grupo de Triagem, 2021).

A Sala de Reanimação localiza-se próxima aos Gabinetes de Triagem e entrada do SU, apresentando capacidade física para duas situações de emergência em simultâneo. Para a Sala de Reanimação estão destacados por turno 1 médico, 1 enfermeiro e 1 auxiliar.

A Área da Pequena Cirurgia é partilhada pelas especialidades de Cirurgia Geral e Ortopedia.

A Área Amarela apresenta-se numa sala ampla com capacidade para macas e doentes em cadeirões e cadeiras de rodas. Os enfermeiros partilham um balcão de trabalho e mantém contacto visual constante com os doentes.

A Área Laranja apresenta as mesmas características da Área Amarela, com sala ampla e balcão de enfermagem, embora com maior área física e conseqüente maior número de doentes. Estes encontram-se em macas ou camas e estão monitorizados permanentemente. Por vezes, existe a necessidade dos doentes permanecerem nesta área até serem internados nos respetivos serviços da especialidade. Nesta área existem ainda 2 quartos para eventuais casos de isolamento de doentes.

Na equipa de enfermagem a dotação do turno manhã e tarde é entre 14/15 enfermeiros, e no período da noite reduz para 11/12 enfermeiros. Em cada turno existe destacado um enfermeiro como responsável de turno, com funções de supervisor e coordenador: realizar a distribuição dos enfermeiros pelas diversas áreas, verificar e requisitar as dietas para os doentes, supervisionar o registo e requisitar os estupefacientes e antibióticos tal como os restantes pedidos da farmácia, realizar a gestão de recursos humanos e de equipamentos.

Em 2009, a Assembleia da República aprova a Lei nº33/2009 de 14 de Julho que confere ao doente o direito de acompanhamento em qualquer SU do Sistema Nacional de Saúde (Diário da República, 2009) . Também nas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica podemos encontrar a referência ao cuidado da família como competência (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Pela situação pandémica vivida, o acompanhamento de familiares no SU, tal como as visitas hospitalares foram canceladas, existindo um gabinete de informações onde se encontrava permanentemente um administrativo para, preferencialmente via telefónica, dar informações sobre o estado clínico do doente. No decorrer do meu estágio, mesmo com todas as limitações que a situação pandémica exigia, por vezes foi possível em casos mais graves e/ou de fim de vida próximo, quando o espaço e a dinâmica da área permitissem, a presença de um familiar junto do doente, com acompanhamento de um enfermeiro.

A segurança dos doentes é um imperativo ético nas ações dos enfermeiros, como tal, a sua adesão encontra-se bem fundamentada no Estatuto da OE e no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

A *The Joint Commission* refere que as quebras de segurança dos cuidados relacionados com os erros de comunicação que contribuem para a ocorrência de eventos adversos chegam aos 70%, dos quais 75% podem levar à morte de doentes (The Joint Commission, 2015). Randmaa em 2016, com base em um estudo observacional, deteta cerca de 30% de falhas/erros durante o processo de comunicação num período de transição de cuidados, em que cerca de um terço destes, colocavam em causa a segurança do doente (Randmaa, 2016). Em Portugal, a DGS menciona 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 (Direção Geral da Saúde, 2017).

No meu projeto de estágio estabeleci objetivos específicos dos quais destaco: desenvolver estratégias de gestão do risco e do ambiente na salvaguarda pela segurança da díade utente-enfermeiro e restante equipa multidisciplinar; e demonstrar uma atitude reflexiva e crítica relativamente aos cuidados prestados à pessoas em situação crítica e família, de forma a proporcionar uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados. De acordo com estes objetivos e com as necessidades observadas no período inicial do SU, conclui que existia potencial de melhoria na transição de cuidados de saúde com a utilização da “Mnemónica ISBAR” (Direção Geral da Saúde, 2017). As transferências de informação realizadas nos serviços de urgência são diferentes das restantes transferências, existe um maior volume de doentes, maior número de intervenções, maior a probabilidade de instabilidade do estado de saúde doente e o fluxo de entradas é imprevisível. Todos estes fatores podem levar a um risco elevado de transmissão inadequada de informações entre os profissionais de saúde durante a transferência (Kerr, McKay, Klim, Kelly, & McCan, 2014).

Em ambos os estágios, formulei e planei a prestação de cuidados de Enfermagem especializados complexos, de forma autónoma, à pessoa em situação crítica,

família ou cuidador por forma a prestar cuidados de acordo com decisões fundamentadas em pesquisa bibliográfica e tendo sempre um espírito crítico-reflexivo.

3. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS: O ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Atualmente, os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem uma maior importância e exigência técnica e científica. A diferenciação e a especialização é cada vez mais uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Ao enfermeiro especialista são reconhecidas as competências científicas, técnicas e humanas para a prestação de cuidados de enfermagem especializados (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Os cuidados especializados em enfermagem Médico-Cirúrgica apresentam como finalidade a melhoria da qualidade de vida da pessoa. Para tal, exigem a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção como resposta às necessidades das pessoas e famílias, com o objetivo de deteção precoce, estabilização, manutenção, monitorização, terapêutica e recuperação perante situações que necessitem de meios avançados de vigilância, prevenindo complicações e eventos adversos, assim como a promoção da saúde e a prevenção da doença em diversos contextos de ação (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A aquisição das competências específicas do EEMC exige que o enfermeiro demonstre interesse, conhecimento e prática. Desta forma, foram traçados os seguintes objetivos específicos:

- Prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica;
- Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
- Reconhecer a importância da investigação para a identificação de novas evidências científicas;

- Promover estratégias de prevenção, intervenção e controlo de infeção e da resistência a antimicrobianos;
- Demonstrar uma atitude reflexiva e crítica relativamente aos cuidados prestados à pessoa em situação crítica e família de forma a proporcionar uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados;
- Desenvolver estratégias de gestão do risco e do ambiente na salvaguarda pela segurança da díade utente-enfermeiro e restante equipa multidisciplinar;
- Colaborar na gestão de cuidados na área de EEMC.

3.1. CUIDAR DA PESSOA E FAMÍLIA A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA

A pessoa que vivencia processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica necessita de cuidados direcionados com o objetivo de maximizar os resultados e obter a recuperação total. O EEMC na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística às de mais situações de complexidade (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A Enfermagem é uma profissão centrada em interações onde cada pessoa vivencia num momento único de cuidado, a sua saúde de forma singular, única e indivisível (Serrano, da Costa, & Costa, 2011). Leininger em 1988 define o Cuidar como a essência da enfermagem, identificando-a como a característica central, dominante e unificadora (Leininger, 1988). Aos longos dos anos foram várias as Teorias de Enfermagem que desenvolveram o conceito de Cuidar como conceito central na Enfermagem, influenciando toda a disciplina, desde a teoria à prática. Por volta do séc. XIX, a profissão de Enfermagem é encontrada maioritariamente no Ocidente, executada por mulheres cristãs como cuidados de caridade (Vieira, 2017). Foi a partir de Florence Nightingale que além da vocação religiosa, surgiu a preocupação

na enfermagem com as questões teóricas, sendo-lhe atribuída por muitos o papel de primeira teórica moderna da enfermagem (McEwen e Wills, 2016). Até aos dias de hoje, os conceitos de Florence Nightingale caracterizam a base do cuidado de enfermagem, reinterpretadas nos conceitos de pessoa, ambiente, enfermagem e saúde/doença (Santo & Porto, 2006).

O processo de cuidar é encontrado muitas vezes separado da pessoa enquanto corpo sujeito, colocando assim, o desafio no desenvolvimento de capacidades, conhecimentos e recursos, ou seja, no desenvolvimento de competências (Serrano, da Costa, & Costa, 2011). O cuidado terapêutico cujo objeto é o ser humano, considerado como organismo físico, social, cultural e sensível, é caracterizado pelas dimensões científicas e tecnológicas, éticas e filosóficas, estéticas e relacionais (Santo & Porto, 2006). Santo & Porto (2006) referem que o que diferencia o cuidado de enfermagem de outras formas de cuidar é que ele representa, como um ato com intenção terapêutica, o que exige competência técnica, compromisso e ética. A valorização da relação entre o doente e o Enfermeiro é também considerada o foco central do Cuidar em Enfermagem (Santos, et al., 2015).

Segundo Meleis (2012) a pessoa experimenta fases de mudança que são marcadas por alterações de um estado para outro, com momentos de instabilidade, seguidos de momentos de estabilidade (Meleis, 2012). Com esta premissa, introduz-se na Enfermagem o conceito de Transição. Click e Meleis (1986) definem a Transição como uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro com interação constante entre a pessoa e o ambiente (Chick & Meleis, 1986). Neste contexto, os Enfermeiros são considerados os principais agentes facilitadores do processo de transição para a pessoa e família. Santos, et al., (2015) refere que a intervenção do Enfermeiro no processo de transição é mais evidente nos momentos antecipatórios, nos momentos de preparação para a alteração de papéis e nos momentos de prevenção dos efeitos negativos (Santos, et al., 2015).

A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos define o doente crítico como aquele que sofre de disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, sendo que a sua sobrevivência depende de meios avançados de monitorização e terapêutica (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de

Cuidados Intensivos, 2008) Segundo a OE, a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sua sobrevivência está dependente de cuidados avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O processo de avaliação do doente crítico difere de outros doentes na medida que além de se utilizar o monitor de sinais vitais, utiliza-se também as linhas de monitorização hemodinâmica e as análises laboratoriais. Assim, é de extrema importância que o enfermeiro esteja preparado e seja conhecedor das diferentes técnicas de monitorização invasiva para uma melhor assistência ao doente internado (Azeredo & OLiveira, 2013).

No decorrer do estágio contactei essencialmente com doentes do foro respiratório, cirúrgico e trauma, com diferentes graus de gravidade e instabilidade, assegurando uma vigilância contínua desde a preparação da unidade, à admissão, estabilização hemodinâmica e alta. Entre os vários procedimentos que tive a oportunidade de experienciar, realço os procedimentos de monitorização hemodinâmica invasiva, monitorização intra-arterial e monitorização da pressão venosa central.

A monitorização intra-arterial é utilizada para uma monitorização contínua da pressão arterial do doente, permitindo também um rápido acesso para realização de gasometria arterial ou outras amostras laboratoriais, enquanto a monitorização da pressão venosa central pode ser realizada por meio da utilização de um cateter venoso central, ligado a um transdutor (Azeredo & OLiveira, 2013). A monitorização invasiva requer atenção e conhecimentos pelos enfermeiros para que os valores da monitorização sejam corretamente interpretados, garantindo a sua fidedignidade. Em ambos os procedimentos de colocação de cateter arterial e venoso central, respeitei as normas e procedimentos implementados no serviço, como os demais protocolos e diretrizes da prevenção e controlo de infeção.

Além da monitorização invasiva, ainda realizei a monitorização da função renal através do registo horário do débito urinário e consequente balanço hídrico, com uma grande importância na estabilização do doente crítico. O débito urinário, apesar da sensibilidade e especificidade limitadas, é amplamente utilizado na monitorização do funcionamento renal, especialmente em doentes críticos. A

manutenção do débito urinário é sinônimo de preservação da função renal e a diminuição do volume urinário induz regularmente a uma variedade de intervenções clínicas, como a utilização de fluidos e vasopressores, entre outros, com o objetivo de prevenir ou atenuar a lesão renal aguda (Cunha, Duarte, & Magro, 2017).

A avaliação da temperatura corporal era realizada por avaliação cutânea (geralmente timpânica) ou avaliação contínua invasiva (esofágica). O aumento da temperatura implica para o doente maior consumo de O₂, maior consumo calórico, maior produção de CO₂, maior frequência cardíaca, vasodilatação periférica e vasoconstrição pulmonar. O aumento da temperatura corporal pode indicar um processo infeccioso que poderá carecer de investigação mais ampla.

A avaliação da glicemia capilar era também realizada regularmente com o objetivo de controlar a glicemia em situações de cetoacidose diabéticas/síndrome hiperosmolar e reduzir o risco de complicações associadas à hipoglicemia e hiperglicemia. A existência de hiperglicemia em doentes internados, independentemente da sua causa, está inequivocamente associada a várias situações adversas como infeções nosocomiais, sépsis, fibrilação auricular após cirurgia cardíaca, mortalidade após enfarte agudo do miocárdio ou cirurgia cardíaca e rejeição aguda de transplantes.

A hiperglicemia é frequente no doente crítico, encontrando-se até 50% dos doentes nas primeiras 48 horas de admissão em cuidados intensivos. Quando não controlada, a hiperglicemia no doente crítico piora o prognóstico, quer em termos de morbidade quer de mortalidade, sendo assim de extrema importância a sua prevenção e controle (Emidio & Faria, 2021).

A ventilação não invasiva (VNI) é uma terapia de suporte ventilatório utilizada cada vez mais em contexto hospitalar, com ênfase nas Unidades de Cuidados Intermédios e Intensivo, em alternativa à ventilação mecânica invasiva (VMI) (Pinto & Sousa, 2017). Quando bem-sucedida, a VNI apresenta resultados positivos na prevenção da entubação endotraqueal, na diminuição do número de infeções e, conseqüentemente, no tempo de internamento, nos custos associados e na taxa de mortalidade (Fernande, 2012).

De acordo com a European Respiratory Society/American Thoracic Society a insuficiência respiratória apresenta benefício com a VNI, principalmente quando associada à agudização da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, ao edema agudo pulmonar cardiogénico, ao desmame da VMI e em doentes imunocomprometidos (European Respiratory Society/American Thoracic Soc, 2017).

Na VNI, especialmente na pós-extubação, a comunicação com o doente é um fator importante, sendo também descrita nas competências do EEMC na área de Enfermagem à pessoa crítica demonstra competências específicas em técnicas de comunicação que lhe garantem a adaptação da comunicação à pessoa e ao contexto (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

No âmbito da ventilação mecânica não invasiva tive a oportunidade de assistir a uma sessão de formação sobre “Ventilação com recursos ao Helmet” em contexto de doentes com SARS COV-2. Este tipo de ventilação é muito utilizada no Hospital onde realizei o estágio na UCIP, com ótimos resultados, desde a diminuição da necessidade de entubação e das suas consequências, à diminuição dos dias de internamento.

A insuficiência respiratória na COVID-19 traduz-se numa hipoxemia grave, associada a um quadro de rápida instalação de Adult Respiratory Distress Syndrome (ARDS). O recurso ao capacete “Helmet” consiste num sistema de PEEP (pressão positiva expiratória final)/EPAP (Pressão positiva inspiratória nas vias respiratórias) com válvula de resistência calibrada. Estes sistemas permitem administrar um débito de O₂ até 50L/min (Sociedade Portuguesa de Pneumologia, 2020). Em doentes com insuficiência respiratória aguda, com a finalidade de permitir manter e estabilizar o doente em termos de capacidade funcional, tentando evitar a entubação orotraqueal (EOT), o Helmet permite também manter os doentes em serviços de internamento (Esquinas, 2010).

O doente crítico internado na UCIP apresenta frequentemente ansiedade e dor, principalmente os que estão sob ventilação mecânica. Quase todos estes doentes estão sob efeito de sedativos e/ou analgésicos, com o objetivo de proporcionar alívio da ansiedade, conforto do doente, facilitar a adaptação à ventilação mecânica e a prestação de outros cuidados (Pinto F. , 2011). As atuais diretrizes de

analgesia/sedação de cuidados promovem o uso de analgesia, a diminuição da sedação, a avaliação, a prevenção do delírio e reabilitação precoce de forma a facilitar o desmame ventilatório (Chanques & et al, 2020).

Com o uso de sedação é importante que os profissionais tenham capacidades para avaliar e registar o nível de sedação de forma a saberem reagir com eventuais complicações.

O controlo da dor é um processo complexo pela sua complexidade e subjetividade. A avaliação consistente é essencial em doentes críticos pelas suas características, como, comunicação e estado mental alterados, procedimentos e dispositivos invasivos e alterações do sono (Devlin & et al, 2018). Devlin et al (2018) refere que a implementação de protocolos de sedação/analgesia melhora os resultados dos cuidados intensivos e a qualidade dos cuidados.

O protocolo de sedação e analgesia permite aos enfermeiros adequar a gestão da resposta dos cuidados, especialmente aquando a prestação dos cuidados diretos ao doente, suscetíveis de serem dolorosos como a mobilização, posicionamentos, a aspiração de secreções, cuidados de higiene, entre outros procedimentos. Importante realçar a importância da monitorização da sedação e analgesia, uma vez que o seu uso prolongado promove o aumento do tempo de ventilação mecânica e de internamento, tal como a taxa de mortalidade, custos e degeneração muscular e cutânea. Na UCIP, utilizei 2 formas de avaliação da sedação, a escala Richmond Sedation Agitation Scale (RASS) e o índice bispectral (BIS). A otimização da prática de sedação reduz a mortalidade, aumenta o conforto do doente e diminui os custos em saúde (Shetty, et al., 2018).

A avaliação da agitação e sedação é realizada através de escalas padronizadas, como o caso da RASS. A escala RASS é considerada um instrumento fácil de utilizar para avaliação da sedação e agitação dos doentes, procedendo à seleção entre vários itens, desde o estado agressivo (+4) a não despertável (-5). A escala de RASS é uma escala de 10 pontos, na qual uma pontuação RASS de 0 indica um doente calmo e desperto. As pontuações RASS de -4 e -5 são consideradas estados de coma, e RASS de -3 estão sob sedação moderada (Girard, Pandharipande, & Ely, 2008).

O BIS corresponde à monitorização dos sinais eletroencefalográficos, mediante aplicação de quatro elétrodos na superfície cutânea da região frontal, de forma a avaliação o nível de curarização e sedação. A avaliação do BIS preenche a lacuna das escalas de sedação e fornecer uma orientação mais confiável e consistente para os níveis de sedação (Shetty, et al., 2018). O valor BIS varia entre 0, indicando supressão da atividade cerebral detetável, e 100, indicando o estado acordado (Pappal, et al., 2019).

O doente crítico muitas vezes necessita de ser transportado dentro do hospital para a realização de procedimentos ou exames complementares de diagnóstico. Este transporte envolve alguns riscos e a sua realização exige experiência e cumprimento de diretrizes. A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008) acrescentam nas recomendações em relação ao transporte de doentes críticos, que o transporte intra-hospitalar do doente crítico deve ser idealmente, realizado por enfermeiro com experiência em reanimação e com treino em transporte de doentes críticos. O processo de transporte da pessoa em situação crítica envolve o seu planeamento, decisão e efetivação.

Deodato (2014) refere que a decisão para o cuidado origina uma ação em que ambas constituem objeto de responsabilidade do enfermeiro (Deodato, 2014). Em 2017, a OE refere que o profissional com melhor formação para integrar as equipas de transportes de doente críticos ou equipas de emergência intra-hospitalar é preferencialmente o EEEMC na vertente da Pessoa em Situação Crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2017). A decisão de transporte é considerada um ato médico, embora seja articulada entre a equipa médica e de enfermagem, desde, a comunicação, a estabilidade, a equipa, o equipamento, o transporte e a documentação, devendo ainda ser prevenido a ocorrência de possíveis intercorrências e salvaguardas as mesmas (Rua, Marques, Sousa, & Freitas, 2008).

Na realização de ambos os estágios tive a oportunidade de preparar e realizar o transporte intra-hospitalar de doentes críticos, todos para realização de Tomografia Computorizada (TAC). Assim, e cumprido o protocolo instituído no serviço, compete ao enfermeiro responsável pelo transporte reunir todo o material necessário (existe uma mala preparada com todo material necessário, e que é verificada todos os turnos e após a sua utilização), verificar se as máquinas perfusoras e as seringas

têm bateria suficiente e observar se nenhum dos fármacos acabará durante o transporte. Cabe também ao enfermeiro, conectar o monitor de transporte, verificar as condições de oxigenoterapia (se a bala tem oxigénio suficiente para o transporte e permanência no local do exame), realizar o teste ao ventilador antes da sua conexão. A ausência do doente na unidade era registada no programa informático de forma a justificar a ausência de registos informáticos da monitorização e a saída dos profissionais de saúde. Em todos os transportes que tive oportunidade de acompanhar pude comprovar a eficiência e o pormenor com que tudo é definido antes da saída do doente, nomeadamente a comunicação entre a equipa de transporte e o serviço de imagiologia, promovendo a segurança do transporte do doente.

Segundo as competências do EEEMC (Ordem dos Enfermeiros, 2018), espera-se que este seja capaz de estabelecer uma relação terapêutica eficaz e adequada com a pessoa e família/cuidador e que demonstre competências em técnicas de comunicação adaptadas ao contexto, envolvendo a pessoa e seus entes próximos em todo o processo de cuidar, apoiando-os no processo de transição e adaptação à sua condição saúde-doença, respeitando os seus valores e crenças. Na procura do envolvimento da família no processo da doença, este encontra-se comprometido com a atual pandemia que atravessamos, no entanto, na UCIP a equipa médica e de enfermagem trabalham juntos para suprimir necessidades, agendando horas de visitas alternados com os familiares, criando condições de segurança tanto para familiares como doentes, bem como a realização de chamadas informando a família da evolução clínica e promovendo o envolvimento da família na recuperação do doente.

A Direção Geral de Saúde publica em dezembro de 2020 uma orientação sobre o acompanhamento e visitas nas unidades hospitalares. (Direção Geral de Saúde, 2020). Este documento refere que a organização das visitas aos utentes deveriam respeitar o distanciamento físico entre visitantes, utente e profissionais de saúde, a etiqueta respiratória, a utilização correta de máscara cirúrgica e higienização frequente das mãos (Direção Geral de Saúde, 2020).

No SU o acompanhamento dos familiares está restringido, embora em certos casos muito específicos como desorientação, dependência, doença incurável, estado de

fim de vida, existia um esforço acrescido de toda a equipa multidisciplinar para a família, ainda que por um curto espaço de tempo, acompanhasse o seu familiar.

A escuta ativa, a empatia e a relação de ajuda foram estratégias que utilizei para facilitar os processos de Transição. Nas poucas ocasiões que tive oportunidade de relacionar com a família, demonstrei o meu apoio doente e à família de forma a facilitar o processo de transição e adaptação saúde-doença, nas situações decorrentes de processos médicos e cirúrgicos complexos por forma a adequar estratégias de intervenção especializada exequíveis, coerentes e articuladas.

A definição clara de funções dos profissionais promove um funcionamento eficaz e eficiente da equipa multidisciplinar. A comunicação clara e concisa entre os elementos da equipa, a disponibilidade de material tecnologicamente avançado e a exigência dos cuidados aos doentes internados, reflete a importância dos cuidados ao doente crítico. Segundo Rego (2016), a comunicação é a base da interação humana sendo uma ferramenta essencial dentro de qualquer instituição, pois qualquer intervenção no quotidiano implica comunicação em todas as formas de interação (Rego, 2016). A evidência científica demonstra que uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde permite diminuir as situações de redundância, poupar tempo, aumentar a segurança do doente e a satisfação da equipa (Martin & Czurzynsk, 2015). Considero que desenvolvi a minha comunicação dentro da equipa multidisciplinar, uma vez que a equipa utilizava uma comunicação clara, concisa e eficaz. Em todos os turnos da UCIP realizava-se a passagem de turno em dois momentos diferentes. No primeiro momento era realizada uma apresentação detalhada de cada doente ao enfermeiro que ficará responsável pelo mesmo e num segundo momento, este enfermeiro transmitia a informação aos restantes enfermeiros, para que toda a equipa de enfermagem conheça os doentes.

Na triagem, a observação do enfermeiro é essencial. Em função da queixa apresentada avalia os parâmetros vitais, como a respiração, a saturação de oxigénio, a frequência cardíaca, a temperatura, a dor e o estado de consciência, dependendo da queixa em questão. Após a identificação da queixa é selecionado o fluxograma correspondente, onde são percorridos os discriminadores de certos sinais e sintomas e o doente é categorizado numa das cinco categorias de prioridade: Emergente – vermelho (atendimento imediato); muito urgente – laranja

(10-15 min); urgente – amarelo (até uma hora); pouco urgente – verde (2 horas); não urgente – azul (até 4 horas). Os doentes com necessidade de atendimento emergente são imediatamente encaminhados para a sala de reanimação. Ao longo do estágio, tive várias oportunidades de participar e realizar triagem dos doentes. Conclui, que a triagem pode ser considerada como o ponto-chave na eficácia e eficiência do atendimento ao doente crítico, desde a resolução dos problemas de saúde, como no tempo que decorre até ao tratamento e consequente alta.

Um processo rápido e preciso de triagem dos pacientes é essencial para o funcionamento eficaz do SU. O recurso a profissionais experientes e bem treinados é essencial na categorização das prioridades de atendimento de modo a evitar uma subcategorização (o paciente corre o risco de instabilidade durante a espera) ou a sobrevalorização da necessidade de atendimento (uso de recursos limitando o acesso a outros doentes) (Devkaran, Parsons, Dyke, Drennan, & Rajah, 2009) . Existem vários fatores que podem influenciar a triagem dos doentes: a pressão do tempo, a avaliação das queixas do doente, e como são apresentadas e a definição dos sinais vitais a avaliar. A comunicação, a escuta ativa e a promoção da relação enfermeiro/utente/família são cruciais para o sucesso da avaliação, assim como a capacidade de análise crítica.

Atualmente é possível encontrar nos SU os Sistemas de Vias Verdes de forma a otimizar o atendimento aos doentes mais urgentes. Este sistema teve origem nos Estados Unidos da América em 1990 (Devkaran, Parsons, Dyke, Drennan, & Rajah, 2009), e consistem em protocolos para o atendimento prioritário de doentes em que se suspeita a presença de determinadas patologias que implicam atendimento imediato, como o Acidente Vascular Cerebral (AVC) e a Sepsis. O SU onde realizei o estágio apresenta algoritmos para a Via Verde AVC, Via Verde Sepsis e Via Verde Coronária. Estas vias verdes têm objetivo diminuir a morbilidade e mortalidade decorrentes de atrasos no diagnóstico e tratamento. Durante o período de estágio tive a oportunidade de contactar com estes algoritmos quer na triagem quer na Sala de Emergência e Área Laranja, que contribuíram para a aquisição de competências. Com o estágio do SU pude desenvolver competências no reconhecimento precoce, estratificação de prioridade e encaminhamento adequado do doente, minimizando assim o risco de complicações associadas à sua situação crítica.

3.2. OTIMIZAR O AMBIENTE E OS PROCESSOS TERAPÊUTICOS

De acordo com as competências específicas do EEEMC na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, o enfermeiro realiza a gestão do risco e do ambiente adequado aos cuidados especializados, adequando a sua resposta com base na sua segurança e da pessoa que sofre a intervenção (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Na monitorização da dor na UCIP, são utilizadas 2 escalas: a escala Behavioral Pain Scale (BPS) e Escala Visual Analógica. Uma vez que a UCIP contingência era assegurada por 2 enfermeiros de anestesia a avaliação da dor pela BPS suscitava algumas dúvidas e curiosidade. Após esta constatação, realizei uma pesquisa bibliográfica sobre a escala que transformei numa apresentação com em formato digital power point que foi partilhada pela equipa de enfermagem (Apêndice III).

OE define dor como uma experiência individual subjetiva e multidimensional, associada a lesão tecidual real ou potencial (Ordem dos Enfermeiros, 2008). Em 2003, a DGS institui através da Circular Normativa N° 09/DGCG, a dor como o 5º sinal vital, definindo como norma de boa prática: O registo sistemático da intensidade da Dor, a utilização para mensuração da intensidade da Dor, a utilização de uma das escalas validadas internacionalmente, e a inclusão na folha de registo dos sinais e sintomas vitais de espaço próprio para registo da intensidade da Dor (Direção Geral da Saúde, 2003).

A dor está quase sempre presente na pessoa em situação crítica, tendo este impacto no seu estado geral. Por tal, a gestão da dor torna-se essencial, envolvendo a sua avaliação, monitorização e tratamento, através do uso de escalas e indicadores de monitorização da dor adequados, que permitam identificar a sua intensidade e avaliar a eficácia das intervenções implementadas (Teixeira & Durão, 2016).

O sucesso da estratégia terapêutica direcionada à pessoa com dor depende da sua avaliação e monitorização sistemática, por forma a possibilitar ao enfermeiro o ajuste do plano de tratamento, quando o alívio da dor é inadequado (Ordem dos Enfermeiros, DOR - Guia Orientador de Boa Prática, 2008). Uma abordagem

consistente para a avaliação e gestão da dor é primordial, considerando as características da pessoa em situação crítica, que incluem comunicação prejudicada, estado mental alterado, ventilação mecânica, procedimentos e uso de dispositivos invasivos, interrupção do sono e estado de mobilidade / imobilidade (Devlin & et al, 2018).

Em 2013, Batalha et al. realizam um estudo de caráter metodológico, de tradução e análise de validade psicométrica da escala Behavioral Pain Scale-Intubated Patient (BPS-IP), simultaneamente e independente a 60 doentes selecionados de forma ocasional. Através desta, surgiu uma versão consensual, válida e fiável. A BPS trata-se de uma ferramenta adequada para doentes que não possuem ao momento da avaliação de capacidade de comunicar, tanto por sedação como por ventilação mecânica. Utiliza essencialmente três itens postos em avaliação observacional a cada doente: expressão facial, movimentos dos membros superiores e adaptação à ventilação mecânica (Rahu, et al., 2015). Um score na BPS igual ou superior a quatro significa que o doente tem dor e implica uma intervenção no sentido de aliviar e controlar a dor. A avaliação da dor em cuidados intensivos é uma meta difícil de atingir para os enfermeiros, mesmo os doentes acordados estão impossibilitados de verbalizar a sua dor porque estão ventilados, adotando-se outros meios de comunicação. Os doentes sedados fornecem dados de outra forma através da alteração dos sinais vitais, como tensão arterial elevada, taquicardia, polipneia, dilatação da pupila, outros apresentam expressão facial de dor ou aumento da atividade motora com fuga ao estímulo.

A realização desta pesquisa foi gratificante, uma vez que além de promover o meu desenvolvimento e competências enquanto enfermeira especialista, encaro como uma mais-valia para a equipa de enfermagem UCIP contingência com melhoria de cuidados tanto na avaliação da dor como no seu controlo.

Nos doentes em respiração espontânea utiliza-se a escala analógica, sendo difícil de aplicar esta escala nos doentes que não consigam autoavaliar a sua dor. Assim, a equipa utiliza medidas farmacológicas e não farmacológicas para o controlo da dor e aquando a sua ineficácia era reportado à equipa multidisciplinar. Preveniu-se a dor gerindo os protocolos terapêuticos de acordo como plano de cuidados dos doentes e o seu estado.

Os primeiros turnos realizados no SU foram dedicados à adaptação do espaço físico, de forma a perceber os circuitos, a conhecer os vários espaços existentes e a identificar os diversos materiais e equipamentos existentes. A consulta de protocolos/ normas/ procedimentos, bem como a familiarização com a dinâmica das equipas interdisciplinares e multidisciplinares facilitaram a adaptação, nomeadamente, a prestação de cuidados, salvaguardando a qualidade e a segurança do doente.

Associado ao conceito de qualidade surge o conceito de segurança. Em 1863, Florence Nightingale relata nas suas notas que o primeiro objetivo de um hospital deveria ser não causar danos ao doente, evidenciando já na altura a importância das questões relacionadas com a segurança dos cuidados prestados aos doentes (Wachter, 2010). No ano de 2004 a OMS elaborou o programa denominado *World Alliance for Patient Safety* onde são identificadas seis áreas de atuação relacionadas com a segurança do doente sendo uma delas o desenvolvimento de uma taxonomia de segurança do doente (World Health Organization, 2004). Desde a elaboração deste programa que a nível internacional emergiram cada vez mais iniciativas relacionadas com esta temática que se mantêm como um tema de destaque. Ao nível dos planos nacionais, existe o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Este documento pretendia apoiar a aplicação de métodos e a procura de objetivos e metas que melhorem a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde, uma vez que a melhoria da segurança dos doentes é uma responsabilidade de equipa, que mobiliza as competências individuais de cada um dos seus elementos e implica a gestão sistémica de todas as atividades (Ministério da Saúde, 2015).

No Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 podemos encontrar os seguintes objetivos estratégicos: aumentar a cultura de segurança do ambiente interno, aumentar a segurança da comunicação, aumentar a segurança cirúrgica, aumentar a segurança na utilização da medicação, assegurar a identificação inequívoca dos doentes, prevenir a ocorrência de quedas, prevenir a ocorrência de úlceras de pressão, assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes, prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos (Direção Geral de Saúde, 2017).

No dia-a-dia do SU, a temática da qualidade dos cuidados é constante, devido não só à alta afluência de doentes, como à probabilidade de instabilidade destes.

O tema da transferência de doentes tem vindo a ganhar maior relevância, muito por causa do aumento da literatura sobre as melhorias na transição de cuidados de saúde. O processo de comunicação durante a transição de cuidados pode sofrer falhas com repercussões importantes, levando à existência de eventos adversos na segurança do doente, e consequentes atrasos no tratamento, erros na administração/preparação de terapêutica, queda de doentes, incidentes nas transfusões e infeções hospitalares (The Joint Commission, 2015).

Uma das formas de promover a comunicação eficaz na transição de cuidados é através da utilização de uma ferramenta que promova a padronização da comunicação e a sua implementação de forma ativa (Direção Geral da Saúde, 2017). Pires (2014), refere que a uniformização da comunicação define-se como a forma focada para definir as expectativas para o que vai ser e como vai ser transmitido, que é essencial para o cuidados de saúde de qualidade, promovendo a cultura de segurança (Pires, 2014).

A evidência científica demonstra que a utilização de uma comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde é fundamental para assegurar a segurança do doente. Assim, no âmbito da segurança da comunicação a DGS em 2017, publica a Norma “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde” definindo a comunicação eficaz como a transmissão de informação entre os profissionais de saúde, caracterizando-se como oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor. Para normalizar o processo de transição de cuidados, a DGS promove a utilização da técnica ISBAR (Direção Geral da Saúde, 2017).

A técnica ISBAR é um instrumento de padronização de comunicação em saúde, reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados (Direção Geral da Saúde, 2017). Shapiro (2017) aponta como sendo promotor de uma comunicação eficaz e com maior segurança para o doente a técnica ISBAR. Esta ferramenta de comunicação estruturada teve origem no meio militar, sendo adaptada mais tarde para o meio hospitalar (Shapiro, 2017).

A transição de cuidados de saúde ocorre entre os cuidados de saúde primários, os cuidados hospitalares, os cuidados integrados e a transição intra/interinstituições (Direção Geral da Saúde, 2017). Em qualquer destes momentos, a transição de cuidados deve incluir a informação atualizada do estado clínico do doente, os cuidados necessários, o tratamento, a sua medicação, os serviços necessários e as alterações recentes e/ou possíveis.

A mnemónica ISBAR surge para os enfermeiros como um auxiliar de memória, permitindo de forma simples memorizar construções complexas que são utilizadas na transmissão verbal de informação, assim temos a seguinte correspondência: I - Identificação, S - Situação atual, B - Antecedentes, A - Avaliação, R – Recomendações. O uso desta ferramenta contribui para a rápida tomada de decisão, promove o pensamento crítico, reduz o tempo da transferência de informação e promove a integração de novos profissionais (Direção Geral da Saúde, 2017).

A prática de uma comunicação eficaz na transição de cuidados é fundamental para a promoção de uma gestão segura de todos os doentes. Dawson, King & Grantham (2013) apresentam uma revisão de literatura onde referem que o uso da técnica ISBAR permite nivelar a hierarquia dos profissionais de saúde e minimizar os pressupostos fornecendo expectativas comuns durante a partilha de informação. A Organização Mundial de Saúde mostrou também o seu apoio ISBAR, reconhecendo-o como sendo promotor da segurança dos doentes durante as transferências (Dawson, King, & Grantham, 2013)

Um estudo realizado na Austrália em dois hospitais distintos, demonstrou que após a utilização da técnica ISBAR existiu uma melhoria na transmissão de informação durante as passagens de informação interna e também a nível dos registos escritos. O estudo aponta como principais vantagens a simplicidade, aplicabilidade em diferentes contextos e a facilidade de memorização da mnemónica (Aldrich, Duggan, Lane, Nair, & Hill, 2009). Martin e Ciurznski em 2015, aplicam como projeto de melhoria a utilização da ISBAR, verificando uma melhoria na comunicação, do trabalho em equipa e das taxas de satisfação dos enfermeiros. De acordo com o estudo, o projeto de melhoria aumentou a eficiência e diminuiu a redundância,

promovendo a segurança do doente através do uso de técnicas de comunicação estruturadas (Martin & Ciurzynsk, 2015).

Em situações críticas o *Australian Resuscitation Council* recomenda o uso da técnica ISBAR, apontando como vantagens a transmissão de informações durante um curto período de tempo, promovendo o foco dos enfermeiros no essencial (Dawson, King, & Grantham, 2013). De forma a facilitar a implementação da técnica ISBAR no SU onde realizei o estágio, e após reunião informal com o enfermeiro chefe e enfermeira tutora, foi fundamental a realização de uma revisão da literatura com o objetivo de identificar e sintetizar a evidência científica relacionada com as vantagens da utilização da ferramenta ISBAR na transição de cuidados. A existência de inúmeras vantagens relacionadas com o uso da técnica ISBAR contribuiu para sustentar a pertinência e benefícios da sua implementação. Desta forma foram realizados uma sessão de formação em formato digital power point (apêndice IV), um póster (apêndice V), e uma norma de procedimento interno de forma a formalizar a intervenção no SU (apêndice VI). Pelas restrições da pandemia, a sessão de formação ficou suspensa, embora esta tenha sido partilhada online com a equipa do SU. Os pósteres foram afixados nos principais postos de transferência de informação via telefone. Foi também distribuído um pequeno crachá alusivo à temática, de forma a apoiar a memorização da mnemónica (apêndice VII).

Com o findar do Estágio Final e com a elaboração deste documento posso afirmar que adquirir competências na otimização do ambiente e dos processos terapêutico, promovendo intervenções inovadoras de prevenção dos risco tendo como pano de fundo a cultura de segurança.

3.3. MAXIMIZAR A PREVENÇÃO E O CONTROLO DA INFEÇÃO

As primeiras referências relativas às infeções hospitalares remontam ao ano 325 a.C.. São tão antigas quanto os próprios hospitais, contudo, apenas em 1950 é instituída a primeira Comissão de Controle de Infeção Hospitalar (Giarola, et al., 2012). A Direção Geral de Saúde (DGS) define as IACS como a *“infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados*

e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade” (Direção Geral de Saúde, 2007, p. 4). A prevenção e controlo de infeção e as resistências aos antimicrobianos marcam a atualidade, uma vez que as IACS e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos (RAM) são responsáveis por um agravamento da doença base, dos internamentos, aumentando a morbilidade e mortalidade (Direção Geral de Saúde, 2007).

O suporte ventilatório invasivo é de importância extrema para pessoas cuja função respiratória se encontre profundamente debilitada, incapaz de realizar as trocas gasosas necessárias para o bom funcionamento celular (Melo, et al., 2014). Os cuidados de enfermagem a pessoas submetidas a ventilação mecânica invasiva assumem-se como práticas altamente complexas, responsáveis não apenas pela correta e eficaz manutenção destes equipamentos, como também pela monitorização de todos os parâmetros vitais e ventilatórios, necessários para que o tratamento implementado seja tão eficiente quanto necessário. A par destes cuidados, é ainda de realçar a importância da manutenção da permeabilidade das vias aéreas (Melo, et al., 2015).

Nos doentes entubadas e em ventilação mecânica, torna-se necessário que o processo ventilatório não sofra qualquer obstrução, daí que o acúmulo de secreções deva ser diminuído ao máximo através da aspiração das mesmas. Para a aspiração de secreções podem ser utilizados dois tipos de circuitos, o circuito fechado e o circuito aberto. A aspiração de secreções é uma forma mecânica que necessita de uma sucção ativa das vias aéreas, decorrente de um vácuo com pressão negativa e de um cateter de aspiração (Ferreira, Simões, Christova, & Lima, 2013).

Na UCIP contingência o circuito utilizado era o fechado. Alipour, Manouchehrian, Sanatkar, Anvari, & Jahromi (2016) comprovou num estudo clínico que a incidência de pneumonia associada ao ventilador foi significativamente menor no método fechado em relação ao método aberto.

Numa unidade de cuidados intensivos a prevenção e controlo da infeção é um foco presente em todos os momentos. As infeções associadas a dispositivos, como Infeção do Trato Urinário (ITU), Cateter Venoso Central (CVC) e a Pneumonia

Associada à Intubação (PAI), são as mais comuns e por isso necessitam de medidas efetivas para a sua prevenção. Assim, no decorrer do estágio tive a oportunidade de perceber e participar na metodologia de trabalho da equipa de enfermagem na prevenção das IACS, baseando-me em duas medidas básicas de prevenção: a higiene das mãos e a aplicabilidade de Feixes de Intervenção associada a cada tipo de infeção.

Em Portugal a implementação dos Feixes de Intervenção passou a ser obrigatória em 2015, após normalização dos procedimentos publicada pela Direção Geral da Saúde em normas de orientação. Os Feixes de Intervenções têm como objetivo assegurar que os doentes recebam tratamentos e cuidados recomendados e baseados na evidência, de uma forma consistente (Direção Geral de Saúde, 2017). A utilização de recomendações (bundle/feixe de intervenção) tem como objetivo diminuir a variabilidade de práticas, para que as intervenções estejam baseadas nas melhores evidências científicas, levando à redução das taxas de incidência e à melhoria dos cuidados prestados (Cruz & Martins, 2019).

Assim, após verificar a importância das intervenções na prevenção à PAI realizei uma pesquisa bibliográfica sobre o feixe de intervenção em questão, traduzido em formato póster, de forma a evidenciar a sua importância aos restantes enfermeiros e de lembrar quais as intervenções a serem executadas (apêndice VIII).

A PAI é uma infeção grave adquirida na UCIP em doentes submetidos a intubação e ventilação mecânica por mais de 48 horas, ou em doentes cuja intubação foi há menos de 48 horas (Direção Geral de Saúde, 2017). Em 2017, a DGS publica a atual Norma do feixe de intervenções de prevenção de PAI, que inclui as seguintes medidas: rever, reduzir e, se possível parar diariamente a sedação; discutir e avaliar diariamente a possibilidade de desmame ventilatório e/ou extubação; manter a cabeceira do leito em ângulo igual ou superior a 30° e evitar momentos de supina; realizar a higiene oral com gluconato de cloro-hexidina a 0,2%, pelo menos três vezes por dia, em todos os doentes, que previsivelmente permanecem no SMI mais de 48 horas; manter circuitos ventilatórios, substituindo-os apenas quando visivelmente sujos ou disfuncionantes; manter a pressão do balão do tubo endotraqueal entre 20-30 cm H₂O (Direção Geral de Saúde, 2017).

A PAI é uma importante infeção associada aos cuidados de saúde, que aumenta a mortalidade, os dias de internamento e os custos associados aos cuidados. É essencial uma formação contínua dos profissionais de saúde sobre a importância do cumprimento dos feixes de intervenção como revelador da qualidade dos cuidados de saúde e evolução favorável para o doente (Cruz & Martins, 2019).

Com este trabalho demonstrei conhecimento de prevenção e controlo de infeção e resistência a antimicrobianos respondendo eficazmente na prevenção, intervenção da problemática.

No estágio do contexto SU mantive a atenção e o cumprimento rigoroso dos procedimentos e normas de prevenção e controlo de infeção. O período deste estágio coincidiu com uma das vagas da pandemia COVID-19, em que as atenções sobre a prevenção e controlo de infeção eram redobradas. Seguindo a linha orientadora das competências específicas do EEEMC à pessoa crítica, executei e colaborei nas estratégias de prevenção e controlo de infeção a implementadas no SU, demonstrando competências na Prevenção e Controlo da IACS.

Durante o meu percurso académico integrei-me no ambiente dos serviços, as características das equipas, a sua liderança e o tipo de cultura de segurança, no sentido de poder dar o meu contributo na procura de estratégias que conduzam à melhoria dos cuidados prestados, com o objetivo primordial de assegurar a segurança do doente à luz da melhor evidência científica.

4. CONCLUSÃO

Em tempos de novos desafios na saúde, a necessidade dos Enfermeiros se enriquecerem de conhecimentos, aptidões e competências específicas que promovam a qualidade dos cuidados, são cada vez mais importantes.

O enfermeiro EEMC assume um papel preponderante na prestação dos cuidados como um profissional reflexivo, capaz de mobilizar conhecimentos científicos, técnicos e relacionais, baseados na evidência científica. Possui ainda competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, no domínio da melhoria contínua da qualidade, no domínio da gestão dos cuidados e no domínio das aprendizagens profissionais, que lhe permitem complementar e coordenar programas de qualidade.

A elaboração do presente relatório resulta de uma reflexão crítica da prática dos cuidados prestados, do progresso individual e experiências de desenvolvimento durante o estágio. A relevância do Estágio Final tornou-se numa fase de novos conhecimentos e de enriquecimento profissional e pessoal, que culminou na realização deste documento que penso ter conseguido ser o relato fiel desse caminho. Foi possível através de um discurso descritivo fazer a contextualização das atividades realizadas e dos campos de estágio. A análise e identificação de oportunidade melhoria e intervenções foram sem dúvida cruciais para o alcance dos objetivos definidos, permitindo a aquisição de novas competências e contribuindo para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados.

A transferência da UCIP para o local do recobro do bloco operatório e o facto de passar a UCIP contingência com enfermeiros do grupo de anestesia suscitou a necessidade realizar intervenções que colmatassem em mais-valias. Assim, e com a realização de 2 pesquisas sobre escalas (NAS e BPS) utilizadas na UCIP dei o meu contributo com a revisão de conceitos e evidenciei a importância a procura por

novas evidências científicas. Ainda no contexto dos cuidados intensivos, realizei e apresentei um póster informativo sobre o feixe de intervenção da PAI de acordo com a Norma 021/2015 “Feixe de Intervenção” de Prevenção Associada à Intubação. As IACS e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos são problemas relacionados e de extrema importância no mundo inteiro. Com base em estudos internacionais, estima-se que as mortes atribuíveis à resistência antimicrobiana comparadas com outras causas de morte, se não forem controladas até 2050, mais 10 milhões de pessoas poderão morrer todos os anos. O Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos de 2017 pretende reduzir para menos de 8% as infeções hospitalares em 2020 (DGS, 2017). Este trabalho tinha como finalidade evidenciar a sua importância do feixe e de lembrar quais as intervenções a serem executadas.

A atividade desenvolvida no contexto do SU focou-se na divulgação e operacionalização da Norma nº 001/2017 de 8 de fevereiro intitulada “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”. Foi então realizada uma pesquisa da literatura convertida em apresentação power point, um póster e numa norma interna. Este trabalho tinha como objetivo promover a segurança do doente durante a transição de cuidados de saúde. Acredito que foi possível alcançar esta finalidade com sucesso pois tal como demonstra a evidência científica, a utilização do ISBAR na transições de cuidados de saúde promove a segurança do doente

A identificação de oportunidades de melhoria na área da segurança e qualidade dos cuidados à pessoa em situação crítica despertou o meu interesse e permitiu-me a realizar oportunidades de melhoria aos serviços através da reflexão na prática baseada na evidência.

Enquanto futura EEEMC na área à Enfermagem à Pessoa Crítica, o desenvolvimento do Estágio Final e Relatório permitiu-me adquirir diversas competências, das quais sintetizo: Cuidar da pessoa e família a vivenciar processos complexos de doença crítica; otimizar o ambiente e os processos terapêuticos e maximizar a prevenção e o controlo de infeção.

Na prática dos cuidados, conduzi a minha prática com uma atitude responsável, profissional, segura e ética, respeitando sempre os direitos humanos e a dignidade humana, procurando responder às questões e necessidades do doente e da família, usando uma linguagem adequada ao nível sociocultural e estado emocional, com o intuito de esclarecer e minimizar a ansiedade e os medos.

O período do Estágio Final desenvolveu-se a par de uma das vagas da pandemia COVID-19. Toda a situação envolvente desta problemática unida à exigência da gravidade da situação, ao aumento da carga horária, a estabilidade emocional de incerteza dificultou a gestão do tempo e a organização de algumas etapas. Mesmo com estas dificuldades, concluo que o percurso tanto na componente teórica como na prática primou na procura em todo o ato profissional, a excelência dos cuidados.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central de Sistemas de Saúde. (2007). Manual de Auditoria Interna – Parte I Hospitais.

Alarcão, I., & Tavares, J. (2013). *Supervisão da Prática Pedagógica - Uma perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem*. Coimbra: Edições Almedina, SA.

Aldrich, R., Duggan, A., Lane, K., Nair, K., & Hill, K. (2009). ISBAR revisited: Identifying and Solving Barriers to effective clinical handover in inter-hospital transfer. *Newcastle: Hunter New England Health*.

Alipour, N., Manouchehrian, N., Sanatkar, M., Anvari, H., & Jahromi, M. (2016). Evaluation of the Effect of Open and Closed Tracheal Suction on the Incidence of Ventilator Associated Pneumonia in Patients Admitted in the Intensive Care Unit. *Archives of Anesthesiology and Critical Care*, pp. 193-196.

Almeida, T., Fernandes, A., Marques, E., Carneiro, L., Carvalho, M., Xavier, V., . . . IPQ — Instituto Português da Qualidade. (2016). Guia geral para a seleção de equipamentos de proteção individual. Obtido de https://www.apsei.org.pt/media/recursos/documentos-apsei/guias_epi/Guia_EPI_Web.pdf

Azeredo, T. R., & Oliveira, L. M. (2013). Monitorização Hemodinâmica Invasiva . *Revista Sinais Vitais*, pp. 44-54.

Batalha, L., Figueiredo, A. M., Marques, M., & Bizarro, V. (2013). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale - Intubated Patient (BPS-IP/PT). *Revista de Enfermagem*

- Referência*, pp. 7-16. Obtido de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlIn9/serlIn9a01.pdf>
- Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bouso, R. S., Merighi, M. A., Rolim, M. A., Riesco, M. A., & Angelo, M. (2000). Estágio Curricular em Enfermagem: Transição de identidades. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, pp. 218-225. Obtido de <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n2/v34n2a13.pdf>
- Boyce, J. M. (2016). Modern technologies for improving cleaning and disinfection of environmental surfaces in hospitals. *Antimicrobial Resistance & Infection Control*, pp. 1-10. Obtido de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4827199/pdf/13756_2016_Article_111.pdf
- Chanques, G., & et al. (2020). Analgesia and sedation in patients with ARDS. *Intensive care Medicine*. Obtido de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7653978/pdf/134_2020_Article_6307.pdf
- Chick, N., & Meleis, A. (1986). Transitions: a nursing concern. *Nursing research*, pp. 237-257. Obtido de <https://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1008&context=nrs>
- Conishi, R. M., & Gaidzinski, R. R. (2007). Nursing Activities Score (NAS) como instrumento para medir carga de trabalho de enfermagem em UTI adulto. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, pp. 346-354. Obtido de https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342007000300002&script=sci_abstract&tlng=pt
- Cruz, J., & Martins, M. (20 de mar de 2019). Pneumonia associada à ventilação mecânica invasiva: cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 87-96. Obtido de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlVn20/serlVn20a10.pdf>

- Cunha, M. (2000). Actuação do enfermeiro no transporte do doente politraumatizado. *Revista Sinais Vitais*, pp. 42-47.
- Cunha, N. A., Duarte, T. T., & Magro, M. C. (2017). Oligúria e Disfunção Renal em Pacientes Críticos. *Raeista de Enfermagem UFPE on line*, pp. 2316-2322.
- Dawson, S., King, L., & Grantham, H. (2013). Review article: Improving the hospital clinical handover between paramedics and emergency department staff in the deteriorating patient. *Emergency Medicine Australasia: EMA*, 309-405.
- Deodato, S. (2014). *Decisão Ética em Enfermagem: do Problema aos Fundamentos para o Agir*. Coimbra: Edições Almedina.
- Devkaran, S., Parsons, H., Dyke, M. V., Drennan, J., & Rajah, J. (2009). The impact of a fast track area on quality and effectiveness outcomes: A Middle Eastern emergency department perspective. *BMC Emergency Medicine*, pp. 1-9.
Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2703617/pdf/1471-227X-9-11.pdf>
- Devlin, J. W., & et al. (2018). Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, pp. 1532-1548.
Obtido de https://journals.lww.com/ccmjournals/Fulltext/2018/09000/Executive_Summary__Clinical_Practice_Guidelines.21.aspx
- Diário da República. (2009). Lei nº33/2009 de 14 de julho. Diário da República n.º 134/2009, Série I de 2009-07-14. *Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde (SNS)*.
- Direção Geral da Saúde. (2003). Circular Normativa nº09/DGCG de 14 junho. *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2003). Circular Normativa nº09/DGCG de 14 junho. A Dor como 5º sinal vital. *Registo sistemático da intensidade da Dor*. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde. (08 de fevereiro de 2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. *Norma nº001/2017*.

Direção Geral de Saúde. (2001). *Rede hospitalar de urgência/emergência*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Direção Geral de Saúde. (2007). Comissões de Controlo de Infecção. *Circular Normativa nº18/DSQC/DSC de 15 de outubro*. Obtido de https://www.anci.pt/sites/default/files/legisla%C3%A7%C3%B5es/comissoes_de_controlo_de_infeccao.pdf

Direção Geral de Saúde. (2007). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Lisboa. Obtido de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude-pdf.aspx>

Direção Geral de Saúde. (2016). Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. *Relatório auditoria às precauções básicas de controlo de infeção e monitorização da higiene das mãos análise evolutiva: 2014 – 2015*. Obtido de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-da-auditoria-as-precaucoes-basicas-de-controlo-de-infecao-e-monitorizacao-da-higiene-das-maos-analise-evolutiva-2014-2015-pdf.aspx>

Direção Geral de Saúde. (2017). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. *Norma nº021/2015*. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015-pdf.aspx>

2FwEaCXVzLWVhc3QtMSJHMEUCIEOauUZqOUfOAELQ75c462kiFvwmx
4R0wZxx91P%2FJMq9AiEAuDOGAJoE49

Giarola, L. B., Baratieri, T., Costa, A. M., B. J., Marcon, S. S., & Waidman, M. A. (2012). Infecção hospitalar na perspectiva dos profissionais de enfermagem: um estudo bibliográfico. *Cogitare Enfermagem*. Obtido de <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/26390>

Girard, T. D., Pandharipande, P. P., & Ely, W. E. (2008). Delirium in the intensive care unit. *Critical Care*, pp. 1-9.

Grupo de Triagem. (abril de 2021). Obtido de Triagem de Manchester: <https://www.grupoportuguestriagem.pt/>

Kerr, D., McKay, K., Klim, S., Kelly, A.-M., & McCan, T. (2014). Attitudes of emergency department patients about handover at the bedside. *Journal Of Clinical Nursing*, 11-12. Obtido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23808711/#:~:text=Poor%20handover%20can%20lead%20to,handover%20in%20the%20ED%20environment>.

Leininger, M. M. (1988). Leininger's Theory of Nursing: Cultural Care Diversity and Universality. *Sage Journals*, pp. 152-160. Obtido de <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/089431848800100408>

Lima, F. (2014). A segurança do paciente e intervenções para a qualidade dos cuidados de saúde. *Revista Espaço Para a Saúde*.

Macedo, A. P., Mendes, C., Candeias, A., Sousa, M., Hoffmeister, L., & Lage, M. (2016). Validação do Nursing Activities Score em Unidades de Cuidados Intensivos Portuguesas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, pp. 881-887.

Martin, H. A., & Ciurzynsk, S. M. (2015). Situation, Background, Assessment, and Recommendation-Guided Huddles Improve Communication and Teamwork in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*, 484-488.

Meleis, A. (2012). *A Teoria das Transições*. (5ª edição ed.). Philadelphia: Wolters.

- Melo, E. M., Teixeira, C. S., Oliveira, R. T., Almeida, D. T., Veras, J. E., Frota, N. M., & Studart, R. M. (2014). Cuidados de enfermagem ao utente sob ventilação mecânica internado em unidade de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 55-63.
- Melo, E., Barbosa, A., Silva, J., Sombra, R., Studart, R., Lima, F., & Veras, J. (2015). Evolução clínica dos pacientes em uso de ventilação mecânica em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Enfermagem UFPE on line*, pp. 610-616.
- Mendonça, M. R. (2011). O delirium no doente de cuidados intensivos. *Dissertação de mestrado. Instituto Politécnico de Viseu*.
- Ministério da Saúde. (2002). Despacho Normativo n.º 11/2002. Diário da República n.º 55/2002, Série I-B de 2002-03-06. *Ministério da Saúde*. Obtido de <https://dre.pt/pesquisa/-/search/252420/details/maximized>
- Ministério da Saúde. (2014). Despacho n.º 10319/2014. Diário da República n.º 153/2014, Série II de 2014-08-11. *Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde*. Obtido de https://dre.pt/pesquisa/-/search/55606457/details/normal?p_p_auth=fhLc2GFn
- Ministério da Saúde. (2015). Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro de 2015. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário da República, 2.ª série — N.º 28 — 10 de fevereiro*. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2015/PlanoNacionalSegurancaDoentes.pdf>
- Miranda, D., FCCM, M., Biostat, R., Rijk, A., Shaufeli, W., Iapichino, G., & et al. (2003). Nursing activities score. *Critical Care Medicine*, pp. 374-382. Obtido de [https://helsebergen.no/seksjon/intensivregister/Documents/Nursing%20Activities%20Score%20\(NAS\)/NAS%20Miranda%20Crit%20Care%20Med%202003.pdf](https://helsebergen.no/seksjon/intensivregister/Documents/Nursing%20Activities%20Score%20(NAS)/NAS%20Miranda%20Crit%20Care%20Med%202003.pdf)
- Mitchell, B., Wilson, F., Dancer, J., & McGregor, A. (s.d.). Methods to evaluate environmental cleanliness in healthcare facilities. *Journal compilation - Healthcare Infection*, pp. 23-30. Obtido de

https://www.researchgate.net/publication/275286601_Methods_to_evaluate_environmental_cleanliness_in_healthcare_facilities

Ordem dos Enfermeiros. (2008). DOR - Guia Orientador de Boa Prática. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernos_oe-dor.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Leiria.

Ordem dos Enfermeiros. (2017). Parecer N°09/2017. *Transporte da Pessoa em Situação Crítica*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_09_2017_MCEEMC_TransportePessoaSituacaCritica.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Competências Específicas do Enfermeiro Especialista. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/m%C3%A9dico-cirurgica.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns. *Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019*. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Médicos, & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). Transporte de Doentes Críticos - Recomendações. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos. Obtido de <https://www.spici.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>

- OxiPharma. (2020). NOCOTECH, IS AN INNOVATIVE CONCEPT. Obtido de <https://www.oxypharm.net/en/products/>
- Pappal, R., Roberts, B. W., Winkler, W., Yaegar, L., Stephens, R., & Fuller, b. M. (2019). Awareness and bispectral index (BIS) monitoring in mechanically ventilated patients in the emergency department and intensive care unit: a systematic review protocol. *BMJ Open*. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7059542/pdf/bmjopen-2019-034673.pdf>
- Paz, P. O., & Kaiser, E. D. (2011). A busca pela formação especializada em enfermagem do trabalho por enfermeiros. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, pp. 23-30. Obtido de <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n1/a03v32n1.pdf>
- Pinto, C., & Sousa, P. (2017). Ventilação não invasiva - Desenvolvimento de linhas orientadoras recorrendo à metodologia de Delphi . *Construindo Conhecimento em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*, pp. 105- 123.
- Pinto, F. (2011). Sedação e Analgesia em Unidades de Cuidados Intensivos. *Artigo de Investigação - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar / Centro Hospitalar do Porto*. Obtido de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/62317/2/Tese%20Filipe%20Pinto%20%20revista%202306.pdf>
- Pires, M. (2014). Transmissão de Informação na Admissão do Utente Cirúrgico no Bloco Operatório. Instituto Politécnico de Setúbal. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/7180>
- Queijo, A., & Padilha, K. (2009). Nursing Activites Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa. *Revista Escola Enfermagem USP*, 1018-1025.
- Rahu, M. A., Grap, M. j., Ferguson, P., Joseph, P., Sherman, S., & Elswick Jr, R. K. (2015). Validity and Sensitivity of 6 Pain Scales in Critically ill, Intubated Adults. *American Journal of Critical Care*, pp. 514-523. Obtido de <https://aacnjournals.org/ajconline/article-abstract/24/6/514/4055/Validity-and-Sensitivity-of-6-Pain-Scales-in?redirectedFrom=fulltext>

- Randmaa, M. (2016). Communication and Patient Safety. Transfer of information between healthcare personnel in anaesthetic clinics. *Acta Universitatis Upsaliensis*, 70. Obtido de <https://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A917388&dswid=-2423>
- Rego, A. (2016). *Comunicação Pessoal e Organizacional* (4ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Rosa, T., Biegelmeier, S., Lange, T., Bittencourt, S., & Picoli, S. (2014). New Delhi metalobetalactamase (NDM): uma revisão. Obtido de <http://www.rbac.org.br/artigos/new-delhi-metalobetalactamase-ndm-uma-revisao/>
- Rua, F., Marques, A., Sousa, J., & Freitas, P. (2008). *Transporte de Doentes críticos: Recomendações*. Lisboa: Edição Celon.
- Santo, F. H., & Porto, I. S. (2006). De Florence Nightingale às perspectivas atuais sobre o cuidado de enfermagem: a evolução de um saber/fazer. *Escola Anna Nery*, pp. 539-546. Obtido de https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000300025
- Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correira, R., Coutinho, E., & Azevedo, I. (2015). O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE. *Revista Millenium*, pp. 153-171.
- Serrano, M. T., da Costa, A., & Costa, N. M. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 15-23. Obtido de <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239962003.pdf>
- Shapiro, J. (2017). SBAR: A Better Way to Communicate. *Podiatry Management*, 4-42.
- Shetty, R., Bellini, A., Wijayatilake, D., Hamilton, M., Jain, R., KaranthSunil, . . . Cochrane Emergency and Critical Care Group. (2018). BIS monitoring versus clinical assessment for sedation in mechanically ventilated adults in the

intensive care unit and its impact on clinical outcomes and resource utilization. *Cochrane Library*. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6353112/pdf/CD011240.pdf>

Sociedade Portuguesa de Pneumologia. (2020). Terapias respiratórias não invasivas em contexto de doente agudo/crónico agudizado na covid 19 – algumas notas práticas no adulto. Obtido de https://www.sppneumologia.pt/uploads/subcanais2_conteudos_ficheiros/terapias_spp.pdf

Teixeira, J. M., & Durão, M. C. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 135-142. Obtido de <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16026>

The Joint Commission. (2015). Sentinel event data: Root causes by event type. Obtido de <https://www.jointcommission.org/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sentinel-event-data-event-type-by-year/>

Thompson, C., Dunn, K., M., M., K. L., & Braithwaite, S. (2005). Hyperglycemia in the hospital. *Revista Diabetes Spectrum*.

Toga, A. (2015). A Importância da Auditoria Interna na Saúde. *Health & Medicine*, pp. 44-47.

Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2008). *Enfermagem de Cuidados Intensivos - Diagnóstico e Intervenção* (5ª ed.). Lusodidacta.

Vieira, M. (2017). *Ser Enfermeiro - Da compaixão à Proficiência* (3ª ed.). Universidade Católica.

Wachter, M. (2010). *Compreendendo a segurança do paciente*. Porto Alegre: Artmed.

World Health Organization. (2004). *World Alliance for Patient Safety: forward programme 2005*.

World Health Organization. (2014). World Alliance for Patient Safety: forward programme 2005. WHO Library. Obtido de https://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf

6. APÊNDICES

6.1.APÊNDICE I – Instrução de trabalho “Descontaminação por peróxido de hidrogénio”

		N.º / Revisão – xxx.x
		Página 1 de 7
Tipo de documento: Instrução de Trabalho		Data – xx/xx/xxxx
Nome: Descontaminação por peróxido de hidrogénio		
Elaborado em ___/___/___	Aprovado em ___/___/___	Doc. Revogados ___/___/___

1 Objetivos

Descontaminar áreas potencialmente contaminadas com microrganismos epidemiologicamente significativos (MOES), minimizando o risco de transmissão cruzada.

2 Definições

A descontaminação por vaporização de peróxido de hidrogénio é obtida através do depósito de uma camada uniforme de micro-condensação de vapor de peróxido de hidrogénio, enriquecido com iões de prata, sobre todas as superfícies.

A utilização deste método é efetuada através do equipamento NOCOTECH e após limpeza terminal de uma área.

3 Responsabilidades

Responsáveis dos diversos serviços e GCL-PPCIRA.

4 Descrição

O método de descontaminação ambiental por peróxido de hidrogénio é um complemento à estratégia de controlo e prevenção de MOES no CHEDV sendo por isso viável em situações que impliquem uma ação preventiva ou curativa numa determinada área. Este procedimento é realizado mediante programação e articulação do serviço/unidade requisitante com o GLP-PPCIRA que avalia a necessidade da sua realização. O equipamento NOCOTECH encontra-se armazenado no SIES.

4.1 Procedimento

O serviço deve organizar a área que irá ser descontaminada, procedendo previamente à limpeza dos equipamentos clínicos, dispositivos médicos e respetivas superfícies, utilizando os produtos de limpeza utilizados regularmente:

- Retirar todo o material absorvente em excesso (Cobertores, lençóis, toalhas, etc...);
- Colocar colchões ao alto;

- Abrir gavetas e portas de armários;
- Não colocar dispositivos médicos e equipamentos clínicos de forma sobreponível. Desta forma, garante-se uma completa descontaminação dos mesmos.

O SIES terá de ser sempre contactado antes do início da descontaminação para ser garantido o encerramento das áreas e verificação dos sistemas de ventilação e alarme de incêndio. A duração do ciclo de descontaminação depende da área a descontaminar. O volume a descontaminar é definido através dos espaços:

- Ação preventiva 1ml por m³
- Ação curativa 3ml por m³.

Devem ser colocadas 2 fitas de teste de controlo do Peróxido de Hidrogénio dentro da área a descontaminar;

- Molhar previamente com água;
- Colocar as 2 fitas viradas para cima, uma próxima do equipamento e outra na extremidade oposta da sala/compartimento.



Sempre que definido pelo GCL-PPCIRA serão ainda realizados testes de controlo microbiológico, realizados sempre por este.

As portas devem ser devidamente encerradas e sempre que necessário vedadas com fita adesiva.

Deve ser sinalizada nas portas de acesso que a descontaminação está a decorrer (anexo 1).

Efetuar o registo do procedimento em impresso próprio (anexo 2).

Nota: A garrafa de peróxido de hidrogénio quando aberta, deve ser utilizada num prazo máximo de **2 meses**.

4.1.1 Colocação da garrafa no dispositivo

- Retirar o bocal do difusor, premindo o botão;



- Aparafuse a garrafa com o produto no bocal do difusor, que deve ser previamente datada.
- Não apertar em demasia de forma a não danificar a junta de forma irreversível;



- Volte a colocar o bocal do difusor no aparelho até ouvir um "clique".



4.1.2 Utilização do dispositivo

- Ligar o cabo de alimentação, colocando o interruptor geral em "1";



- Selecionar o volume a tratar fazendo deslizar o dedo sobre a parte clara do teclado, de acordo com o recomendado;



- O patamar é progressivo: o valor intermédio está selecionado quando dois LED estão iluminados;



Exemplo: se os LED 10 e 20 estiverem iluminados, o volume selecionado é de 15 m

- Para iniciar, premir o botão no centro do teclado;



- Um bip soa durante 15 segundos, antes de a máquina entrar em funcionamento;
- Deve deixar a divisão antes de decorridos os 15 s.
- No final da difusão, ouve-se um bip.
- O aparelho deixa de funcionar automaticamente.



Após a vaporização a área deve ficar encerrada por um período de **2 horas**.

4.2 Higiene e manutenção da máquina de descontaminação

- Higienizar o exterior da máquina, utilizando para tal um toalhete impregnado com uma solução desinfetante.
- Acondicionar em local próprio (SIES).
- A manutenção preventiva deve ser realizada ao fim de 15 ciclos de descontaminação.

6.2. APÊNDICE II – Apresentação da escala de NAS



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Nursing Activities Score (NAS)

Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
(área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica)

Elaborado por:

Filipa Teixeira

Tutora:

Enfª M. Costa

Orientadora:

Profª Doutora Irene Oliveira

Porto, dezembro de 2020

Sumário

- [Objetivos](#)
- [Nursing Activities Score \(NAS\)](#)

Objetivos

- Rever a importância da avaliação da carga de trabalho em enfermagem
- Adquirir conhecimentos sobre a utilização da escala Nursing Activities Score (NAS)
- Promover a utilização da escala Nursing Activities Score (NAS)

3

Enfermagem vs Carga de trabalho

- A complexidade, gravidade e grandes custos associados aos cuidados intensivos, justificam a avaliação da carga de trabalho de enfermagem, que permite estimar o número de enfermeiros e dimensionar os recursos de enfermagem às necessidades dos doentes.
- Os benefícios da carga de trabalho de enfermagem adequada refletem-se em variados níveis, nomeadamente na qualidade dos cuidados dos enfermeiros e na redução dos custos das unidades.

(Severino et al, 2010)

4

Nursing Activities Score (NAS)

- A avaliação da carga de trabalho de enfermagem é um tema fundamental.
- Ferramenta de gestão importante nas unidades de cuidados intensivos.
- Identifica o tempo despendido nos cuidados de enfermagem, de forma a subsidiar o cálculo e a distribuição dos enfermeiros.
- Inclui o tempo dos cuidados assistenciais diretos, cuidados ao doente e família, e as atividades de gestão e administrativas.

(Severino et al, 2010)



Nursing Activities Score (NAS)

- NAS foi desenvolvida a partir do Therapeutic Intervention Scoring System (TISS-28) por Miranda e colaboradores.
- A mudança mais substancial ocorreu na categoria das atividades básicas, que foi sub-categorizada em: monitorização e controlos, procedimentos de higiene; mobilização e posicionamento; suporte e cuidados aos familiares e pacientes e tarefas administrativas e gerenciais.

(Miranda et al, 2003)



Nursing Activities Score (NAS)

- Validade para português em 2016



(Macedo et al, 2016)



Nursing Activities Score (NAS)

- O instrumento resultante consta de 7 grandes categorias e 23 itens.
- Cada item possui uma pontuação, assim o valor atribuído a um doente resulta da soma das pontuações dos itens que correspondem às necessidades de assistência direta e indireta.
- O valor representa quanto tempo um profissional de enfermagem dispensou ao doente nas últimas 24 horas.

(Conishi, R., Gaidzinski, R., 2007)



Nursing Activities Score (NAS)

CONTROLE E MONITORIZAÇÃO		
<input checked="" type="checkbox"/> Sinais vitais, hemodinâmico e respiratório de 4 em 4 horas	<input type="checkbox"/> Presença de edema e observação contínua do nível do oxigênio	<input type="checkbox"/> Presença de edema e vitalidade durante 4 horas
COLITAÇÃO E ABRIR O TUBO DA SONDAGEM GÁSTRICA E MICROBIOLÓGICA		
<input type="checkbox"/> Cuidado higiênico na manipulação e manutenção		
ALIMENTAÇÃO, COM EXCEÇÃO DE REFEIÇÃO NA NASOSTOMIA		
<input checked="" type="checkbox"/> Realização com avaliação de tolerância (satição)		
PROCEDEMENTOS DE HIGIENE		
<input checked="" type="checkbox"/> Saneção, em qualquer tempo, sobeira 2x	<input type="checkbox"/> Realização em 24 horas, superior a 2 No inferior a 4h	<input type="checkbox"/> Realização em qualquer tempo, superior a 4h
CUIDADOS PRESTATOS A BEMHEIM, TODOS (EXCETO SONDAS GÁSTRICAS)		
<input checked="" type="checkbox"/> Classificação de risco e direcionamento (segundo escala de risco)		
MOBILIZAÇÃO E POSICIONAMENTOS		
<input checked="" type="checkbox"/> Execução em 3 vezes em 24h	<input type="checkbox"/> Execução - em que 3 vezes em 24h	<input type="checkbox"/> Execução em 3 de 4 extremidades
ASPIRAÇÃO E CURAÇÃO DAS UMBILICAIS E DRENAGEM		
<input checked="" type="checkbox"/> Saneção em 2x, em qualquer tempo	<input type="checkbox"/> Saneção em 3 dias - em qualquer tempo	
ATIVIDADES ALTERNATIVAS (ATIVIDADE DE CUIDADO)		
<input type="checkbox"/> Terapia física (massagem, alongamento, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/> Terapia que segue orientação médica 2x	<input type="checkbox"/> Terapia que segue orientação médica 4x
SUporte VENTILATÓRIO		
<input checked="" type="checkbox"/> Suporte ventilatório	<input type="checkbox"/> Cuidado e avaliação ventilatória	<input type="checkbox"/> Técnicas para melhorar a troca gasosa
SUporte CARDIOVASCULAR		
<input type="checkbox"/> Terapia e monitorização	<input type="checkbox"/> Monitorização da pressão arterial expandida	<input type="checkbox"/> Exatidão da monitorização em 24 horas
<input type="checkbox"/> Apoio farmacológico de grande porte de fluidos		
SUporte RENAL		
<input type="checkbox"/> Monitorização de hematócrito e eletrólitos	<input checked="" type="checkbox"/> Realização do débito urinário	
SUporte NEUROLÓGICO		
<input type="checkbox"/> Avaliação do nível de consciência		
SUporte METABÓLICO		
<input type="checkbox"/> Realização de exames de laboratório complexos	<input type="checkbox"/> Monitorização de glicose	<input type="checkbox"/> Realização de exames de laboratório
INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS		
<input type="checkbox"/> Realização de curativos	<input type="checkbox"/> Realização de curativos	

Nursing Activities Score (NAS)

- Aplicada para cada doente uma vez por dia.
- Os fatores associados ao aumento da carga de trabalho de enfermagem avaliada por NAS:
 - Gravidade
 - Duração do internamento
 - Necessidade de intervenções terapêuticas
 - Aumento do risco de mortalidade

(Severino et al, 2010)

Nursing Activities Score (NAS)

- Considera-se que o NAS é um instrumento valioso e interessante para classificação de doentes e avaliação de carga de trabalho.

Referências bibliográficas

- Conishi, R., Gaidzinski, R. 2007. *Nursing Activities Score (NAS) como instrumento para medir carga de trabalho de enfermagem em UTI adulto*. Rev Esc Enferm USP; 41(3):346-54. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/02.pdf>
- Macedo, A. P., Mendes, C., Candeias, A., Sousa, M., Hoffmeister, L., & Lage, M. (2018). Validação do Nursing Activities Score em Unidades de Cuidados Intensivos Portuguesas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, pp. 881-887.
- Miranda DR, Nap R, Rijk A, Schaufeli W, Iapichino G. 2003. *Nursing activities score*. Clinical Investigations, Crit Care Med;31(2):374-382. Disponível em: [https://helse-bergen.no/seksjon/intensivregister/Documents/Nursing%20Activities%20Score%20\(NAS\)NAS%20Miranda%20Cnr%20Care%20Med%202003.pdf](https://helse-bergen.no/seksjon/intensivregister/Documents/Nursing%20Activities%20Score%20(NAS)NAS%20Miranda%20Cnr%20Care%20Med%202003.pdf)

Referências bibliográficas

- Severno, R.; Saiote, E.; Martinez, A.; Deodato, S.; Nunes, L. 2010. Nursing activities score: *Índice de avaliação da carga de trabalho de enfermagem na UCI*. Percursos, n°16. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9208/1/Revista%20Percurso%20n16_Nursing%20Activities%20Score%20-%20Índice%20de%20avaliação%20da%20carga%20de%20trabalho%20de%20Enfermagem%20na%20UCI.pdf

6.3. APÊNDICE III – Apresentação da escala BPS




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

Behavioural Pain Scale (BPS)
- Escala Comportamental de Dor -
Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
(área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica)

Elaborado por:
Filipa Teixeira
Tutor:
M. Costa
Orientadora:
Profª Doutora Irene Oliveira

Porto, dezembro de 2020

Sumário

- [Objetivos](#)
- [Dor](#)
- [Escala Behavioural Pain Scale \(BPS\)](#)

Objetivos

- Rever conhecimentos sobre a dor;
- Rever conhecimentos sobre a avaliação da dor;
- Refletir sobre a importância da avaliação da dor;
- Adquirir conhecimentos sobre a utilização da escala comportamental de dor - Behavioural Pain Scale (BPS);
- Evidenciar o papel do enfermeiro no controlo da dor.



Dor




- “Uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual concreta ou potencial ou descrita em função dessa lesão.”

International Association for the Study of Pain (IASP), 1979




Dor

- Circular Normativa nº 09 de 14.06.2003 (Direção Geral de Saúde)
- Implementação da dor como 5º sinal vital em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde



 Footer Text 15/01/2021 6



Direcção-Geral da Saúde

Assunto: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor

Para: Administrações Regionais de Saúde e serviços prestadores de cuidados de saúde

Contacto na DGS: Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Genébricas


Circular Normativa

Nº 09/DGCG
Data: 14/06/2003

I – NORMA

Atendendo a que:

- a) A Dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que ~~requerem cuidados de saúde~~.
- b) O controlo eficaz da Dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efectiva humanização das Unidades de Saúde.
- c) Existem, actualmente, diversas técnicas que permitem, na grande maioria dos casos, um controlo eficaz da Dor.
- d) Para além das Unidades já existentes, estão a criar-se novas Unidades de Tratamento da Dor, ao abrigo do consignado no Plano Nacional de Luta Contra a Dor.
- e) O sucesso da estratégia terapêutica analgésica planeada depende da monitorização da Dor em todas as suas vertentes.
- f) A avaliação e registo da intensidade da Dor, pelos profissionais de saúde, tem que ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a ~~qualidade de vida do doente~~.



 6

Dor

- "O controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde"

OE, 2008

Pela subjetividade que apresenta, a avaliação da dor torna-se um dos maiores desafios profissionais dos enfermeiros



COMPONENTES DA DOR

- **Fisiológica**
 - Forma como a dor se torna consciente;
 - Resposta fisiológica à dor (TA, FC, FR,...)
- **Sensorial**
 - Perceção de várias características
 - intensidade, localização, duração, irradiação, frequência
- **Afetiva**
 - Emoções associadas à experiência da dor
 - ansiedade, medo



COMPONENTES DA DOR

- **Cognitiva**
 - Interpretação da dor pela pessoa que a sente
 - Significado e impacto da dor
- **Comportamental**
 - Estratégias



AVALIAÇÃO DA DOR

- **Componente subjetiva – Relato do doente**
 - Indicadores não observáveis
 - Dimensões sensorial, afetiva e cognitiva
- **Componente objetiva - Observável**
 - Fontes de dor
 - Dimensão fisiológica
 - Dimensão comportamental

(Urden et al., 2008)



Dor

- As escalas BPS, BPAS e CPOT são apontadas como as escalas mais adequadas para avaliação da dor no doente crítico

Item	Description	Score
Facial expression	Relaxed	1
	Partially tightened (e.g. brow lowering)	2
	Fully tightened (e.g. eyelid closing)	3
	Grimacing	4
Upper limb	No movement	1
	Partially bent	2
	Fully bent with finger flexion	3
	Resistently abducted	4
Composite with restraint	Unruly movement	1
	Coopering with movement	2
	Fighting restraint	3
	Unable to control ventilation	4

Reproduced from Taylor et al. (2011) with kind permission from Lapostolle, Williams and Wilkins.

(Teixeira e Durão, 2016)



Dor

- Uma abordagem consistente para a avaliação e gestão da dor é primordial, considerando as características da pessoa em situação crítica, que incluem:
 - comunicação prejudicada
 - estado mental alterado
 - ventilação mecânica
 - procedimentos e uso de dispositivos invasivos
 - interrupção do sono
 - estado de mobilidade / imobilidade

(Devlin et al, 2018)



Behavioural Pain Scale (BPS)

- A Behavioral Pain Scale é uma escala numérica de avaliação da dor no doente não comunicativo e avalia a dor pela observação comportamental do doente.
- Trata-se de uma ferramenta adequada para doentes que não possuem ao momento da avaliação de capacidade de comunicar, tanto por sedação como por ventilação mecânica (Hsiung, et al 2016).
- A dor em doentes que não comunicam, sedados e ventilados deve ser avaliada por meio subjetivo da observação de comportamentos utilizando a Behavioral Pain Scale (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2016)



Behavioural Pain Scale (BPS)

- Utiliza essencialmente três itens postos em avaliação observacional a cada doente:
 - Expressão facial,
 - Movimentos dos membros superiores,
 - Adaptação à ventilação mecânica.



(Rahu et al, 2015)



Behavioural Pain Scale (BPS)

- A avaliação da escala utiliza scores de 1 a 4 atribuídos a cada item observado em que 1 corresponde à menor afeção observada em detrimento de uma pontuação que aumenta até ao score 4 pela maior manifestação observada.
- Assim a escala pode variar entre 3 a 12 pontos, onde a pontuação mais baixa corresponde a uma menor dor.



Behavioural Pain Scale (BPS)

Indicador	Item	Pontuação
Expressão Facial	Relaxada	1
	Parcialmente contraída = sobrancelhas franzidas	2
	Completamente contraída = pálpebras fechadas	3
	Careta = esgar facial	4
Movimento dos Membros Superiores (em repouso; verifique o tônus mobilizando o membro)	Sem movimento	1
	Parcialmente fletidos	2
	Muito fletidos com flexão dos dedos	3
	Retraído, resistência aos cuidados	4
Adaptação ao Ventilador	Tolera a ventilação	1
	Tosse, mas tolera a ventilação a maior parte do tempo	2
	Luta contra o ventilador, mas a ventilação ainda é possível algumas vezes	3
	Incapaz de controlar a ventilação	4
Total		

Versão Portuguesa da BPS-IP/PT – (adaptado de Batalha et al., 2013)



Behavioural Pain Scale (BPS)

Monitorizar dor através da escala BPS

Em aberto
 Efectuado
 Não efectuado

Avaliação Dor BPS		Vigiar Dor	Avaliação dor BPS
Expressão facial	Relaxada		0 - 3 Sem Dor
Membros superiores/inferiores	Nenhum movimento		4 - 5 Dor Leve
Adaptação Ventilatória	Adaptado		6 - 11 Dor Moderada
			12 - 12 Dor Severa

BPS Score

3

CATOLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE CATOLICA DE PORTUGAL

17

Behavioural Pain Scale (BPS)

- O enfermeiro por observação preenche e atribui cada item ao seu indicador fazendo no final o somatório dos itens observados.
- Quanto maior o score obtido maior a dor experienciada pelo doente avaliado, tendo em conta que esta escala transmite o nível de dor em que o doente se encontra, partindo da noção de que a grande maioria dos doentes em UCI estão com dor, mesmo que essa possa ser mínima ou apenas um «desconforto».

6.4. APÊNDICE IV – Comunicação eficaz na transição de cuidados



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

ISBAR

- Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde -

Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
(área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica)

Elaborado por:

Filipa Teixeira

Tutor:

CS

Orientadora:

Profª Doutora Irene Oliveira

Porto, fevereiro de 2020

Objetivos

- Promover a comunicação eficaz
- Reforçar a importância da segurança do doente
- Conhecer a metodologia ISBAR

Segurança do doente



- "Redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. Um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo."

(DGS, 211)

Segurança do doente

- Pode-se assim afirmar que o principal objetivo da comunicação entre profissionais de saúde é garantir a continuidade da prestação de cuidados de saúde seguros, através da disponibilização da informação precisa sobre um utente, no que concerne aos seus cuidados de saúde, tratamentos e serviços, a sua condição atual e todas as alterações recentes ou previstas.
- É essencial que seja concisa e vá de encontro aos objetivos da segurança do utente.

Segurança do doente



- Segundo a Organização Mundial da Saúde, a cultura de segurança de uma instituição prestadora de cuidados de saúde é, para além de um estilo e de uma competência de gestão, um produto de valores individuais e de grupo, de atitudes, de perceções e de padrões de comportamento, que determinam o compromisso dessa instituição para com a segurança dos doentes.

(DGS, 2015)

Comunicação eficaz

- Em todo o mundo uma das principais causas de eventos adversos na saúde, são as falhas de comunicação. 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.
- 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
 - a falta de priorização das atividades.



(DGS, 2017)

Comunicação eficaz



- 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:
 - Transição de cuidados entre os cuidados de saúde primários, os cuidados hospitalares e os cuidados continuados integrados,
 - Transição intra/interinstituições.

(DGS, 2017)

Comunicação eficaz

- Uma comunicação eficaz na transição de cuidados é realizada através de uma correta **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."

(DGS, 2017)

- Organização Mundial de Saúde
 - World Alliance For Patient Safety – 2004



- Joint Commission
 - National Patient Safety Goal - 2002



Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020

- Objetivos estratégicos:
 1. Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno.
 2. Aumentar a segurança da comunicação.
 3. Aumentar a segurança cirúrgica.
 4. Aumentar a segurança na utilização da medicação.
 5. Assegurar a identificação inequívoca dos doentes.
 6. Prevenir a ocorrência de quedas.
 7. Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão.
 8. Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes.
 9. Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos.

(DGS, 2015)

ISBAR - 2017



NORMA
Francisco
Henrique
Moura George

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)

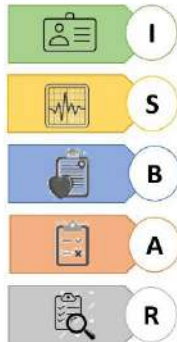
ISBAR

- Ferramenta de padronização de comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados.
- 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
- Estratégia de compreensão de mensagens, recorrendo a uma metodologia padronizada, simples, flexível, concisa e clara para comunicar informações desses cuidados



(DGS, 2017)

ISBAR



IDENTIFICAÇÃO

Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) e do doente

- a) Nome completo, data nascimento, género e nacionalidade do doente;
- b) Nome e função do Profissional de Saúde emissor;
- c) Nome e função do Profissional de Saúde recetor;
- d) Serviço de origem/destinatário;
- e) Identificação da pessoa significativa/cuidador informal.

ISBAR

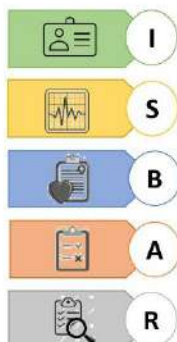


SITUAÇÃO ATUAL

Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde

- a) Data e hora de admissão;
- b) Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde;
- c) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar.

ISBAR

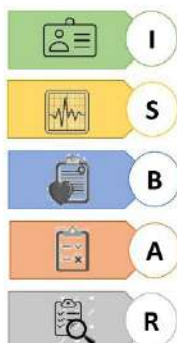


- a) Antecedentes clínicos;
- b) Níveis de dependência;
- c) Diretivas antecipadas de vontade;
- d) Alergias conhecidas ou da sua ausência;
- e) Hábitos relevantes;
- f) Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma;
- g) Técnicas invasivas realizadas;
- h) Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar;
- i) Identificação da situação social e da capacitação do cuidador.

BACKGROUND / ANTECEDENTES

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

ISBAR

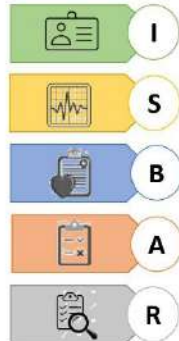


- a) Problemas ativos;
- b) Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída;
- c) Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas;
- d) Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas.

AVALIAÇÃO

Informações sobre o estado do doente, terapêutica, tratamento, alterações do estado de saúde significativas

ISBAR



- a) Indicação do plano de continuidade de cuidados;
- b) Informação sobre consultas e MCDT agendados;
- c) Identificação de necessidades do cuidador informal.

RECOMENDAÇÕES

Descrição de atitudes e plano terapêutico adequado à situação clínica do doente

ISBAR



• Vantagens

- Melhora a segurança do doente
- Melhora a comunicação entre profissionais
- Diminui o tempo de transferência de informação
- Contribui para a rápida tomada de decisão
- Promove o pensamento crítico
- Promove a diminuição do erro

Conclusão

- A metodologia ISBAR fornece um modelo mental aos profissionais de saúde para comunicarem de forma eficaz.
- A evidência científica mostra que a comunicação na transição de cuidados utilizando a metodologia ISBAR aumenta a segurança do doente.



Referências bibliográficas

- Direção Geral de Saúde. 2011. Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente – Relatório técnico. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2011/Classificacao%20SegDoente_Final.pdf
- Direção Geral de Saúde. 2015. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2015-2020.aspx>
- Direção Geral de Saúde. 2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- The Joint Commission. 2005. National Patient Safety Goals. Disponível em <https://www.jointcommission.org/standards/national-patient-safety-goals/>
- World Health Organization. 2004. World Alliance For Patient Safety. Disponível em <https://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/>

6.5. APÊNDICE V – Poster: Comunicação eficaz na transição de cuidados

ISBAR

A transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas, para segurança do doente (DGS,2017).

Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde



I

IDENTIFICAÇÃO

Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) e do doente



S

SITUAÇÃO ATUAL

Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde



B

BACKGROUND / ANTECEDENTES

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



A

AVALIAÇÃO

Informações sobre o estado do doente, terapêutica, tratamento, alterações do estado de saúde significativas



R

RECOMENDAÇÕES

Descrição de atitudes e plano terapêutico adequado à situação clínica do doente

Adaptado de Direção Geral de Saúde – Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde

Realizado por: Filipa Teixeira, C. Silva 3

Referências bibliográficas

Direção Geral de Saúde. 2017. *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

6.6. APÊNDICE VI – Norma: Comunicação eficaz na transição de cuidados

					N.º / Revisão – xxx.x
					Página 1 de 3
Tipo de documento: Procedimento				Data – xx/xx/xxxx	
Nome: Comunicação eficaz em enfermagem na transição de cuidados – Utilização da técnica ISBAR no Serviço de Urgência					
Palavras-chave	Comunicação eficaz	Segurança do doente	Transição de cuidados	ISBAR	
Elaborado em	26/02/2021	Aprovado em	__/__/__	Doc. Revogados	__/__/__
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> Enfª Filipa Teixeira					

1 Âmbito

O presente documento descreve a técnica ISBAR destinada a garantir a segurança do doente e a correta transição de cuidados pelos enfermeiros do serviço de urgência.

2 Objetivos

- Garantir a segurança do doente através da correta transição de cuidados;
- Implementar a utilização da técnica ISBAR no serviço de Urgência
- Uniformizar os padrões comunicacionais, tomando eficaz e efetiva a comunicação na transferência de doentes pelos enfermeiros do Serviço de Urgência;
- Minimizar as falhas na transmissão de informação durante as transferências de doentes pelos enfermeiros do Serviço de Urgência.

3 Referências

- Direção Geral de Saúde (DGS). 2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

4 Definições

- **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.

- **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/interinstituições. 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.
- **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.
- **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.

5 Responsabilidades

Enfermeiros do serviço de Urgência.

6 Descrição

A transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente (DGS, 2017). A comunicação eficaz na transição dos cuidados de saúde é essencial para a promoção da segurança do doente, contribuindo para a diminuição dos eventos adversos. A comunicação apesar de ser utilizada todos os dias na prestação de cuidados de saúde, exige conhecimento, competência e empatia. Segundo a Direção Geral de Saúde (2017), 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 (DGS, 2017).

A ferramenta ISBAR tem como objetivo a padronização de comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados (DGS, 2017).

6.1 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;
- **Background/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 (DGS, 2017).

7 Destinatários

Este documento destina-se a todos os enfermeiros do serviço de urgência.

ANEXOS

Anexo I – modelo explicativo da técnica ISBAR (DGS, 2017)

<p>I 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; b) Nome e função do Profissional de Saúde emissor; c) Nome e função do Profissional de Saúde recetor; d) Serviço de origem/destinatário; e) Identificação da pessoa significativa/cuidador informal.</p>
<p>S Situação Atual/Causa</p> <p>Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde</p>	<p>a) Data e hora de admissão; b) Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde; c) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar.</p>
<p>B Antecedentes/ Anamnese</p> <p>Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade</p>	<p>a) Antecedentes clínicos; b) Níveis de dependência; c) Diretivas antecipadas de vontade; d) Alergias conhecidas ou da sua ausência; e) Hábitos relevantes; f) Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma; g) Técnicas invasivas realizadas; h) Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar; i) Identificação da situação social e da capacitação do cuidador.</p>
<p>A 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 de eficácia das medidas implementadas</p>	<p>a) Problemas ativos; b) Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída; c) Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas; d) Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas.</p>
<p>R 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; b) Informação sobre consultas e MCDT agendados; c) Identificação de necessidades do cuidador informal.</p>

6.7. APÊNDICE VII – Crachá: Comunicação eficaz na transição de cuidados



Enfermeiro Urgência

- I** (informação)
- S** (situação atual)
- B** (background)
- A** (avaliação)
- R** (recomendações)

6.8. APÊNDICE VIII – Poster “Pneumonia Associada à Intubação”

Pneumonia Associada à Intubação

Filipa Teixeira¹, M. Costa², Irene Oliveira³

1. Aluna do Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica área de Enfermagem à Pessoa Crítica, ICS-Porto- Universidade Católica Portuguesa
2. Tutora de estágio/Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
3. Orientadora de estágio/ Professor Adjunto de ICS-Porto- Universidade Católica Portuguesa

A pneumonia associada à intubação (PAI) é uma importante infeção associada aos cuidados de saúde, que aumenta a mortalidade, os dias de internamento e os custos associados aos cuidados (Cruz e Martins, 2019).

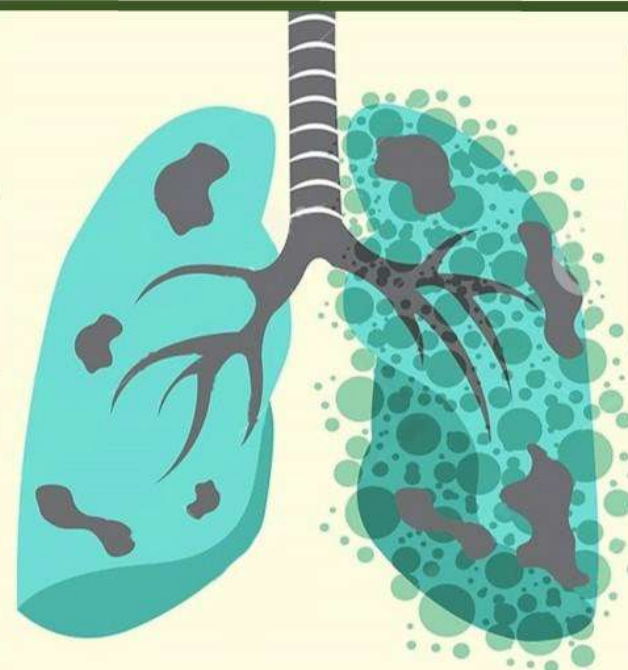
Define-se PAI como a pneumonia que surge em pessoa com tubo orotraqueal há mais do que 48 horas ou em pessoa que foi extubado há menos de 48 horas (DGS, 2017).

A Direção Geral de Saúde em 2015 publica uma norma sobre feixe de intervenções de prevenção de PAI, que inclui as seguintes medidas:



"Feixe de intervenção" de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação - Adaptado de DGS (2017)

Infeção passível de prevenção com o cumprimento de medidas (*bundle*) e constitui um grande desafio para a prática de enfermagem (Cruz e Martins, 2019).



Entre 2013 e 2017 existiu uma redução da densidade de incidência de PAI (-10,81% face a 2013), tendo o número de unidades que monitorizam a infeção aumentado 10,0%. - 51% de incidência de PAI em Unidades de cuidados intensivos entre 2015 e 2018 (DGS, 2016).

Segundo Berwick (2014), os hospitais que implementaram a *bundle*, reduziram a taxa de infeção da PAI até 40%.

Gallagher (2012) salienta que os enfermeiros assumem um papel preponderante na equipa multidisciplinar, salientando a elevada importância neste domínio de cuidados de saúde, bem como a formação necessária como forma de sensibilização e contribuição para a prevenção com base na evidência prática dos cuidados de enfermagem.

A utilização de recomendações (*bundle/feixe de intervenção*) tem como objetivo diminuir a variabilidade de práticas, de forma a que as intervenções estejam baseadas nas melhores evidências científicas, levando à redução das taxas de incidência e à melhoria dos cuidados prestados (Cruz e Martins, 2019).

Referências bibliográficas

- Berwick . 2014. *The 5 million lives campaign*. Institute for Healthcare Improvement. Disponível em: <http://www.ihl.org/Engage/Initiatives/Completed/5MillionLivesCampaign/Pages/default.aspx>
- Direção-Geral de Saúde. 2017. "Feixe de intervenção" de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. 2016. *Prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos em números – 2015. Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos*. Disponível em <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-controlo-da-infecao-e-resistencia-aos-antimicrobianos-em-numeros-2015-pdf.aspx>
- Cruz, J., Martins, M. 2019. *Pneumonia associada à ventilação mecânica invasiva: cuidados de enfermagem*. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/ysr/Vn20/ser/Vn20a10.pdf>
- Direção Geral de saúde. 2015. "Feixe de intervenção" de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Disponível em
- Gallagher J & 2012. *Implementation of ventilator-associated pneumonia clinical guideline (Bundle)*. Disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1555415512001080>