



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

COMUNICAÇÃO: SEGURANÇA NO CUIDAR

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por

Filipa Alexandra Ribeiro dos Santos Moura

Porto - março 2019



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

COMUNICAÇÃO: SEGURANÇA NO CUIDAR
COMMUNICATION: SAFETY IN CARING

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por

Filipa Alexandra Ribeiro dos Santos Moura

Sob a orientação de Prof.^a Doutora Ana Sabrina Sousa

Porto - março 2019

RESUMO

Este relatório reflete o percurso realizado no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório inserida no Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Universidade Católica Portuguesa e tem como finalidade a descrição reflexiva dos objetivos e atividades desenvolvidas com vista à aquisição de competências especializadas. Foi utilizada a metodologia descritivo reflexiva com apoio em recursos bibliográficos, sendo feita uma descrição das atividades desenvolvidas e competências adquiridas em dois campos de estágio; o primeiro realizou-se no Serviço de Cuidados Intensivos e o segundo na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários.

Nos estágios foram desenvolvidas atividades centradas no cuidar da pessoa/família a vivenciar processos de doença crítica e/ou falência orgânica. Todas estas atividades foram desenvolvidas tendo em consideração os princípios de prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos em serviços de cuidados intensivos.

Das atividades desenvolvidas destacam-se a realização de um Projeto de Intervenção, uma proposta de folha de transferência de doentes para ser testada no Serviço de Cuidados Intensivos, com a finalidade de facilitar a transição de cuidados através da estruturação de informação do doente, bem como a elaboração de um póster para a divulgação aos pares da técnica ISBAR, na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários. Aquando a realização destes trabalhos foi efetuada a revisão de literatura em base de dados científicos, assim como a leitura de documentos considerados pertinentes para o tema em questão. Com a elaboração destes Projetos de Intervenção, foi possível desenvolver conhecimentos e competências comuns de enfermeiro especialista no domínio da melhoria contínua da qualidade, competências específicas na unidade de competência de gestão da comunicação interpessoal, assim como métodos e técnicas de investigação, que permitam o crescimento da investigação em enfermagem em contexto profissional.

A reflexão e as atividades desenvolvidas em contexto prático, contribuiu para a aquisição de competências de grau de Mestre, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, assim como tornou possível o desenvolvimento de vários saberes. O saber fazer na gestão de cuidados à pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença, mantendo padrões elevados de qualidade garantindo assim a segurança dos cuidados. O saber ser, a enfermagem focado na arte do cuidar do outro respeitando a sua autonomia e dignidade. Por último, saber-saber, na procura constante de conhecimento, que oriente a profissão de enfermagem no rumo de uma enfermagem avançada, assente na capacidade que os seus profissionais têm de desenvolverem um corpo de saberes próprios, com a constante atualização e aprendizagem.

Foram todos estes saberes desenvolvidos nos campos de estágio que se tornaram fundamentais para a aquisição de competências especializadas na área Médico-Cirúrgica, mais especificamente ao doente crítico e que me permitiram adquirir competências para a melhoria da prática em contexto profissional.

Palavras-chave: Competências, Comunicação, Cuidar, Qualidade e Enfermagem

ABSTRACT

This report reflects the course carried out within the Final internship and Report Curricular Unit inserted in the Masters Course in Nursing, with Specialization in Medical-Surgical Nursing at the Universidade Católica Portuguesa and has the purpose to reflect and describe about the objectives and activities developed in order to the acquisition of specialized skills. It was used the reflective descriptive methodology with the support of bibliographic resources, and it was made a description of the activities developed and the competences acquired in two settings; the first was an Intensive Care Unit and the second one an Coronary Intensive Care Unit.

In the internship activities were developed focused on caring for the person / family experiencing processes of critical illness and / or organic failure. All the activities were made to maximize the prevention and control of infection and antimicrobial resistance in intensive care services.

From the activities developed, it is worth highlighting the accomplishment of an Intervention Project, a proposal of a patient transfer sheet to be tested at the Intensive Care Unit, in order to facilitate the transition of care through the structuring of patient information, as well as the elaboration of a poster for the ISBAR technique in the Coronary Intensive Care Unit. To make this work possible it was made a search on data bases, as well as reading of documents considered pertinent to the subject in question. With the elaboration of these Intervention Projects, it was possible to develop knowledge and skills of specialist nurse in the field of continuous quality improvement, competence in the management of intercompany communication, that allow the growth of nursing research in a professional context.

The reflection and the activities developed in a practical context, contributed to the acquisition of Master's degree skills, with Specialization in Medical-Surgical Nursing, as well as the development of various knowledges. The know how to do in the care management to the person / family experiencing complex processes of disease, maintaining high standards of quality, thus ensuring the safety of care. To know how to be, nursing focused on caring for others respecting their autonomy and dignity. Lastly know how to know, in the constant search for knowledge, that guides the nursing profession towards an advanced nursing, based on the capacity of its professionals to develop a body of their own knowledge, through constant updating of learning and research.

All these knowledges developed have become fundamental for the acquisition of specialized skills in the Medical-Surgical area, more specifically in the critical patient care that allowed me to acquire skills to the improvement professional practice.

Key words: Skills, Communication, Caring, Quality and Nursing

AGRADECIMENTO

À Professora Doutora Ana Sabrina Sousa pela orientação, disponibilidade e incentivo.

Aos Tutores e restantes profissionais que me acolheram nos seus locais de trabalho e contribuíram para este processo formativo de crescimento pessoal, académico e profissional.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para tornar possível a concretização deste percurso, o meu muito obrigada.

“Deus quer, o Homem sonha, a Obra nasce.”

Fernando Pessoa

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

AIT – Acidente Isquémico Transitório

APA - American Psychological Association

ASPEN – American Society for Parenteral and Enteral Nutrition

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BIS – Índice Bispectral

BPS – Behavior Pain Scale

CAM-ICU - Confusion Assessment method for the Intensive Care Unit

CDE – Código Deontológico de Enfermagem

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPOT - Critical-Care Pain Observation Tool

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direção Geral de Saúde

DNR – Decisão para Não Reanimar

DR – Diário da República

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ECG – Eletrocardiograma

ESPEN - European Society for Clinical Nutrition and Metabolism

FA – Fibrilhação Auricular

FOP - Forâmen Ovale Patente

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICP – Intervenção Coronária Percutânea

ICU – Intensive Care Unit

ISBAR – Identify, Situation, Background, Assessment e Recommendation

JCAHO – Joint Commission of Healthcare Organizations

LASA – Look Alike Sound Alike

MS – Ministério da Saúde

NANDA - North American Nursing Diagnosis Association

NAS – Nursing Activities Score

Nº - Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAI – Pneumonia Associada à Intubação

PBCI – Precauções Básicas do Controlo de Infecção

PICS – Post-Intensive Care Syndrome

RASS – Richmond Agitation-Sedation Scale

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SAV – Suporte Avançado de Vida

SCD/E – Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem

SCI – Serviço de Cuidados Intensivos

SPICI – Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos

SPICI-F – Síndrome Pós Internamento em cuidados Intensivos na Família

SPIKES – Setting up, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Summary/ Strategy

TOF – Train of Four

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

VNI – Ventilação Não Invasiva

ÍNDICE

1- INTRODUÇÃO	15
2 - CARACTERIZAÇÃO DOS CAMPOS DE ESTÁGIO.....	21
2.1- Serviço de Cuidados Intensivos (SCI).....	21
2.2- Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC)	24
3 - ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PARA A CONCRETIZAÇÃO DE OBJETIVOS E DE COMPETÊNCIAS	27
3.1- Competências e Atividades Desenvolvidas	28
3.2 - Contributos para a Prática Profissional	69
4 - CONCLUSÃO	73
5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
6 - APÊNDICES.....	87
6.1- Apêndice A – Projeto de Intervenção no SCI	89
6.2- Apêndice B – Grelha de Observação e Respetiva Descrição	119
6.3- Apêndice C - Folha de Transferência de Doentes	127
6.4- Apêndice D – Póster: “Comunicação Instrumento do Cuidar”	131

1- INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, do terceiro semestre do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Foi desenvolvido no período compreendido entre 10 de setembro de 2018 e 12 de fevereiro de 2019, com a realização de estágios no Serviço de Cuidados Intensivos (SCI) e na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC), num total de 360 horas de contacto e 390 horas de estudo individual. É pertinente, também, mencionar o estágio desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular “A Pessoa em Situação Crítica e Família: Vigilância e Decisão Clínica” em contexto de Serviço de Urgência (SU), o qual contribuiu para o desenvolvimento de conhecimentos específicos e competências relativos ao doente e família no contexto de serviço de urgência; bem como o período utilizado para a pesquisa bibliográfica e para a elaboração do Relatório Final.

O conhecimento de enfermagem faz-se na prática dos cuidados, sendo importante os estágios em unidades clínicas no âmbito do curso de mestrado com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, para o desenvolvimento de competências profissionais na área de cuidado à pessoa em situação crítica. A prática clínica em contexto de estágio, representa uma mais valia na consolidação e prática de novos saberes adquiridos na formação teórica académica.

É considerado especialista o *“enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas”* (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011, p. 8648). É no sentido do desenvolvimento e da consolidação de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista assim como Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, que se realiza a Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório, através de um conhecimento aprofundado sobre o doente crítico/família

a vivenciarem processos complexos de doença grave e que necessitem de um elevado grau de adequação dos cuidados às suas necessidades de saúde.

Convém destacar o percurso profissional que já perfaz vinte e um ano de funções, os quais foram desenvolvidos fundamentalmente em serviços de internamento cirúrgico. Nesta etapa profissional foi constatada a necessidade de atualizar o conhecimento adquirido, desenvolver uma prática baseada na evidência científica mais recente, e na procura contínua da melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa e família, a vivenciar processos de saúde-doença, através do regresso à universidade.

O objetivo fundamental deste percurso é desenvolver competências de enfermagem especialista inerentes à especialização em enfermagem médico-cirúrgica, sendo fundamental a realização de estágios para que isso ocorra. Assim, os campos de estágio escolhidos foram o SCI e UCIC, por serem considerados serviços de referência na prestação de cuidados à pessoa e família em situação crítica em contexto de cuidados intensivos, contribuindo para o desenvolvimento de competências específicas nesta área através da prestação de cuidados à pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença e/ou falência orgânica. Os cuidados prestados à pessoa em situação crítica, são realizados no sentido de desenvolver consciência crítica para os problemas da prática profissional em contexto de cuidados intensivos, bem como demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, tomar decisões fundamentadas, demonstrar capacidade de trabalho na equipa de saúde, manter de forma contínua e autónoma o meu processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional e gerir os cuidados de enfermagem em contexto de cuidados intensivos.

Entende-se pessoa em situação crítica, *“aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”* (OE, 2018, p. 19362)”. O doente crítico internado no SCI, é uma pessoa que devido à disfunção de vários órgãos, é mais vulnerável às infeções cruzadas e necessita de equipamentos que substituam algumas funções vitais que se encontram em falência, tais como o ventilador e as terapias dialíticas, exigindo dos enfermeiros conhecimentos para atender às necessidades desta pessoa de forma segura mantendo a qualidade de todas as suas intervenções; enquanto que o doente crítico da UCIC é um doente que necessita de meios avançados de vigilância,

exigindo aos enfermeiros uma atuação rápida e atempada aquando da disfunção do órgão alvo.

A designação de “doente” na redação deste relatório é definida como “*uma pessoa de valor para ser apreciada, respeitada, educada, compreendida e assistida, (...) uma visão filosófica de uma pessoa com um eu inteiramente funcional e integrado*” (Watson 2002, p.29). É com esta visão que neste trabalho se considera o doente alvo dos cuidados de enfermagem.

O conhecimento é visto na atualidade como dinâmico, personalizado e contextualizado, exigindo-se dos profissionais competências que devem ser adquiridas num processo contínuo, de apropriação pessoal de saberes em contexto interativo na prática proporcionado pelos estágios, conduzindo assim a educação a um mundo mais humanizado (Alarcão & Rua, 2005).

Este relatório relata a vivência, o conhecimento e competências desenvolvidas durante a realização do estágio em dois contextos práticos de cuidados intensivos, foram eles o Serviço de Cuidados Intensivos e a Unidade de Cuidados Intensivos Coronários.

A escolha deste campo de estágio, prendeu-se ao fato de serem serviços nos quais se prestam cuidados de enfermagem especializados à pessoa e família/cuidador, a vivenciarem processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, permitindo a consolidação e o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica

Prestar cuidados no sentido de desenvolver consciência crítica para os problemas da prática profissional em contexto de cuidados intensivos, demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, tomar decisões fundamentadas, demonstrar capacidade de trabalho na equipa de saúde, manter de forma contínua e autónoma o processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional, bem como gerir os cuidados de enfermagem em contexto de cuidados intensivos à pessoa a vivenciar situação de doença crítica, são os objetivos a concretizar nesta caminhada em contexto de estágio. O objetivo fundamental deste percurso, revela-se no desenvolvimento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, assim como Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Segundo Watson (2002), “*O cuidar envolve uma filosofia de compromisso moral direcionado para a proteção da dignidade humana e preservação da humanidade*” (p.61). O valor do cuidar como um ideal moral é o ponto de partida para se tornar numa intenção, um compromisso e um julgamento consciente, manifestado por atos concretos do enfermeiro criativo que se auto-transcende (Watson, 2002). É através da criatividade que a enfermagem progride no seu campo de saberes e na procura contínua de ferramentas facilitadoras para a melhoria dos cuidados prestados.

Torna-se também importante definir a qualidade dos cuidados de enfermagem, cuidados esses nos quais devem estar incluídos o acolhimento, o ouvir, a disponibilidade e a criatividade dos prestadores de cuidados associado aos seus conhecimentos científicos e às competências técnicas. São estes os componentes essenciais a um cuidar de qualidade. Uma prestação de cuidados com qualidade, será fruto da vontade e empenho do prestador de cuidados na aplicação de forma criativa dos seus recursos e aptidões e na procura da satisfação profissional através dos resultados obtidos com os ganhos em saúde (Hesbeen, 2001).

A elaboração deste relatório tem como principal objetivo descrever e refletir sobre as atividades e competências desenvolvidas durante a realização dos estágios.

A metodologia utilizada foi descritiva e reflexiva da realidade observada, com recurso à revisão bibliográfica para consolidar e suportar os saberes adquiridos, na procura constante da melhoria dos cuidados prestados à pessoa/família, assente no conhecimento proporcionados pela evidência científica.

A realização deste relatório tornou-se importante na medida em que contribuiu para o desenvolvimento e orientação do percurso formativo em contexto de prática, proporcionou reflexão sobre as atividades e saberes desenvolvidos, permitiu através do reviver das experiências, o crescimento pessoal, profissional e humano, na procura de uma enfermagem avançada através do desenvolvimento de competências em enfermagem especializada na área de enfermagem médico-cirúrgica.

Este relatório está dividido em quatro capítulos principais por ser considerada a melhor estrutura para descrever, analisar e refletir de forma crítica, as atividades desenvolvidas em contexto de prática clínica. O primeiro capítulo refere-se à presente introdução; no

segundo capítulo é feita a caracterização dos campos de estágio, um dado importante para a compreensão das atividades desenvolvidas; no terceiro capítulo faz-se a análise crítica das atividades desenvolvidas em cada campo de estágio bem como as competências de enfermagem especializada e respectivos objetivos atingidos, sendo também feita a descrição dos contributos adquiridos em contexto académico para as práticas profissionais; o quarto capítulo refere-se à conclusão com as respetivas considerações finais.

Para a elaboração deste trabalho foram utilizadas as normas de redação de trabalhos escritos com base nas orientações da American Psychological Association (APA).

2 - CARACTERIZAÇÃO DOS CAMPOS DE ESTÁGIO

O desenvolvimento do estágio da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, do terceiro semestre do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, decorreu em dois serviços de cuidados intensivos distintos, situados em hospitais também eles diferentes, e que prestam cuidados ao doente crítico.

Os serviços nos quais os estágios se realizaram foram o SCI e a UCIC. O primeiro é caracterizado pela manutenção das funções dos órgãos vitais através da utilização de meios avançados de vigilância, diagnóstico e tratamento e o segundo, a UCIC, visa a vigilância permanente das funções vitais permitindo a atuação rápida e atempada no tratamento de alterações clínicas que ponham o doente, em risco de vida iminente.

Tornou-se importante a caracterização dos diferentes campos de estágio para uma melhor compreensão das experiências vivenciadas nos distintos locais, fundamentais para o crescimento pessoal, académico e profissional.

2.1 - Serviço de Cuidados Intensivos (SCI)

O primeiro estágio, no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica, desenvolveu-se no SCI entre 10 de setembro de 2018 a 03 de novembro de 2018, com uma carga horária de 180 horas.

O SCI é um serviço de cuidados intensivos polivalentes de nível III, onde se prestam cuidados à pessoa em situação crítica com diversas patologias do foro cirúrgico e médico, com a exceção da especialidade de cirurgia cardiotorácica e neurocirúrgica.

Os cuidados intensivos ou medicina intensiva nível III, são espaços onde se concentram os meios humanos e técnicos necessários à monitorização e tratamento de doentes, com falência de órgãos eminente ou estabelecida. Com equipas funcionalmente dedicadas e assistência médica qualificada permanente; acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários; controlo contínuo da qualidade dos cuidados prestados, e

com programas de ensino e treino em cuidados intensivos; sendo também, um serviço exigido aos hospitais com serviço de urgência polivalente (Ministério da Saúde [MS], 2013).

A área assistencial é constituída por uma sala semiaberta com oito camas ativas, mas com capacidade física para doze. Das oito camas, cinco encontram-se em “open space” e três são quartos de isolamento com parede de vidro, mas apenas dois têm antecâmara possibilitando ter pressão positiva ou negativa para permitir o isolamento de precaução ou de proteção dos doentes, de acordo com as suas especificidades clínicas. Todo o serviço tem luz natural, à exceção dos dois quartos de isolamento com antecâmara para pressão positiva ou negativa. Cada unidade é composta por cama elétrica contendo solução antisséptica para as mãos, carro de apoio com material de punção aos pés da cama; dois contentores de lixo diferenciados, um para lixo do grupo I e II equiparado como lixo urbano e hospitalar não perigoso, e o segundo para o lixo do grupo III, resíduos hospitalares de risco biológico; um braço metálico contendo à direita do doente todas as bombas e seringas perfusoras, gavetas de apoio, contentor de corte perfurantes e desinfetantes de pele, e à esquerda o monitor multi-parâmetros, ventilador, gaveta de apoio com material para a via aérea, sistema de aspiração com saídas de ar e oxigénio na parte posterior do braço metálico. Na zona central situa-se o balcão de enfermagem e médico com computadores e uma central de monitorização dos parâmetros vitais de todos os doentes. Na parte posterior do balcão de enfermagem situa-se o stock da farmácia, bem como armários com material clínico e balcão para a preparação de medicação. O número mínimo de enfermeiros por turno é de quatro, havendo nos dias úteis, no turno da manhã, mais três: a enfermeira chefe, o enfermeiro responsável e o enfermeiro especialista em reabilitação. No fim de semana, no turno da manhã, para além dos quatro enfermeiros fixos, encontra-se mais um enfermeiro de reabilitação.

O aprovisionamento de stock de material clínico e farmacêutico, utiliza para o abastecimento normalizado dos materiais no serviço o *Sistema Kanban*, logística interna considerada uma forma eficaz na gestão de materiais. Este sistema é um tipo de ferramenta da *Lean Healthcare* fornecida pela gestão, contribuindo para que deixe de existir a falta constante de materiais, beneficiando assim as práticas de enfermagem, através da organização dos recursos materiais, poupando tempo na execução das

intervenções de enfermagem com o mínimo de desperdício, favorecendo a obtenção de maior eficiência nos cuidados de enfermagem (Jesus, Roque, & Amaral, 2015).

A distribuição dos enfermeiros por doente faz-se, utilizando a escala Nursing Activities Score (NAS) como instrumento de medida para obter o índice de carga de trabalho de enfermagem em unidades de cuidados intensivos. As escalas de avaliação da carga de trabalho dos enfermeiros, permitem classificar os doentes, em função das suas necessidades e cuidados, favorecendo o controlo da qualidade dos cuidados, diminuindo o custos da assistência intensiva, e proporcionando bem estar aos profissionais refletida na satisfação dos mesmos (Queijo & Padilha, 2009).

É fundamental assegurar uma adequada dotação de profissionais de enfermagem nas unidades de cuidados intensivos, para se poderem prestar cuidados de qualidade ao doente crítico, aumentar a sua segurança, e reduzir assim os eventuais eventos adversos (Carmona-Monge et al., 2013).

A adequada dotação de profissionais deverá ser feita, principalmente, através da utilização de instrumentos como a escala de NAS, para medir as necessidades de cuidados dos doentes, assim como conhecer a carga de trabalho dos doentes internados em cuidados intensivos (Carmona-Monge et al., 2013).

No entanto, no SCI, a escala NAS não era implementada na sua totalidade, uma vez que a nível informático existiam falhas. O sistema informático não efetuava o somatório dos resultados da classificação, segundo a escala NAS para cada doente, sendo o enfermeiro responsável, através da avaliação das necessidades de cada doente internado no serviço, a fazer a distribuição dos enfermeiros por doente, verificando-se uma razão de 1:1 ou 1:2 consoante a carga de trabalho previsível por doente.

O SCI privilegia a formação dos seus profissionais, para a aquisição de conhecimentos que levem à melhoria dos cuidados e à reflexão das práticas. Ambientes onde os enfermeiros são reconhecidos, onde lhes dão condições de desenvolvimento pessoal e profissional e onde é incentivado o exercício da autonomia da profissão, são ambientes favorecedores da satisfação dos profissionais, refletindo níveis de Burnout mais baixos, contribuindo, assim, para a qualidade das práticas de cuidados de enfermagem que serão

refletidos nos índices de segurança e efetividade dos serviços (Jesus, Roque & Amaral, 2015).

2.2 - Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC)

O segundo estágio, no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica, desenvolveu-se na UCIC, entre 05 de novembro de 2018 a 05 de janeiro de 2019, com uma carga horária de 180 horas.

A UCIC, é um serviço que presta cuidados à pessoa em situação crítica cuja admissão seja motivada por Síndrome Coronária Aguda, Arritmias complexas e Quadros de Insuficiência Cardíaca Aguda Avançada.

É classificada como uma unidade de cuidados intensivos nível I, visando a monitorização minimamente invasiva de doentes em risco de desenvolver disfunção/falência de órgãos, com capacidade de assegurar manobras de reanimação em articulação com outras unidades de nível superior; com uma tipologia monovalente, com mais de 90% dos episódios de internamento referentes a uma única especialidade médica (MS, 2013).

A UCIC é uma unidade concebida para o tratamento de doentes com patologia coronária grave e que tenham sofrido um evento cardíaco importante, presta cuidados ao doente crítico do foro cardíaco, faz a vigilância contínua de doentes com disfunção cardiocirculatória, realiza a prevenção, diagnóstico e tratamento de doença cardíaca que pode levar à disfunção do órgão e que comprometam as funções vitais, mas que são potencialmente reversíveis.

Dispõe em permanência de profissionais especializados e de recursos técnicos necessários para tratar de doentes provenientes do serviço de urgência, consulta externa, transferidos de outras unidades ou serviços hospitalares, doentes vindos diretamente do exterior através da Via Verde Coronária, que necessitem de vigilância e tratamento intensivo do foro cardíaco.

Encontra-se agregada ao serviço de cardiologia, com uma lotação de oito unidades, equipadas com monitorização hemodinâmica e eletrocardiográfica de cinco derivações, cama

articulada, mesa de apoio, rampa com saída de oxigénio, ar e aspiração de secreções. É uma estrutura aberta, com uma parede que divide ao meio a unidade, mas não a separa completamente. Todas as unidades têm cortinas e espaço que permitem manter a privacidade e individualidade dos doentes. Tem dois desfibrilhadores, sendo que, por vezes, o doente fica monitorizado através das pás multifunções do desfibrilhador em casos de doentes com Bloqueios Aurículo Ventricular Completo, para a eventual necessidade de realizar cardioversão urgente ou desfibrilhação.

A sala de enfermagem e do médico de permanência, possui uma parede envidraçada para ter a visão permanente dos doentes internados na UCIC, tem dois écrans com a monitorização dos parâmetros vitais dos doentes, sendo que um dos écrans contém a monitorização dos oito doentes internados na UCIC e o outro contém a monitorização dos doentes com telemetria internados no serviço de Cardiologia. A telemetria permite a monitorização eletrocardiográfica do doente através de rede sem fios, possibilitando a liberdade de mobilização no serviço dos doentes que o utilizam.

A vigilância dos parâmetros eletrocardiográficos dos doentes monitorizados com telemetria no serviço de cardiologia, também se faz na sala de trabalho da UCIC, porque é o local onde está permanentemente um médico e enfermeiro, e, são eles, os primeiros a dar o alerta quando surgem alterações dos parâmetros vitais de algum doente observado no monitor. A monitorização contínua dos parâmetros vitais e função eletrocardiográfica, ajuda na deteção precoce do agravamento da situação clínica do doente crítico, promovendo uma intervenção rápida e adequada.

Os enfermeiros alocados na UCIC são dois em todos os turnos, com um rácio de 1 enfermeiro para 4 doentes, estando presente no turno da manhã mais um enfermeiro responsável pela gestão da unidade e que é a responsável pela orientação de alunos da especialidade de enfermagem. Em situações de emergência, a UCIC pode contar com a ajuda dos enfermeiros do serviço de cardiologia. Para isso existe um botão com aviso sonoro que, quando ativado, os enfermeiros e médicos de cardiologia acorrem para ajudar. A sala de Hemodinâmica encontra-se situada ao lado da UCIC e tem destacados dois enfermeiros. No piso inferior que também dá apoio à UCIC, está a sala de arritmologia com um enfermeiro, e a sala de reabilitação cardíaca com outro enfermeiro.

A distribuição dos enfermeiros é feita através do Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (SCD/E). Esta distribuição de doentes é feita baseada em níveis de dependência de cuidados de enfermagem, mas na prática os enfermeiros da UCIC prestam cuidados de enfermagem em equipa centrado no doente, conforme a prioridade das suas necessidades que são avaliadas aquando da passagem de turno. A orientação dos cuidados é feita pelo enfermeiro responsável, que no turno da manhã é o enfermeiro com o Mestrado de Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que coordena o trabalho de enfermagem em situação de emergência, otimiza os cuidados utilizando as competências de cada enfermeiro de forma a assegurar a sua rentabilidade, esclarece dúvidas que surjam a quando da prestação de cuidados, e faz a gestão de vagas e material na unidade.

O SCD/E consiste na categorização dos doentes por indicadores críticos, conforme as suas necessidades em cuidados de enfermagem, produzindo dados que permitem a normalização de conceitos, facilitam a comunicação, levam à melhoria da qualidade na prestação de cuidados de enfermagem, e principalmente, otimiza a gestão de recursos de enfermagem ao produzir indicadores de gestão de qualidade, de eficácia e de eficiência (MS, 2012, p. 7).

A UCIC presta cuidados ao doente crítico do foro cardíaco, como a síndrome coronária aguda, arritmias complexas ou insuficiência cardíaca aguda, e que necessite de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Os cuidados de enfermagem que se prestam à pessoa em situação crítica *“são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida...”* (OE, 2018, p. 19362).

3 – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PARA A CONCRETIZAÇÃO DE OBJETIVOS E DE COMPETÊNCIAS

O saber do enfermeiro resulta da fusão de saberes provenientes de várias fontes disciplinares e experienciais, que lhe proporciona uma visão ampla da realidade. O estágio proporciona oportunidades de desenvolvimento de competências através da prática clínica na área da especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com o objetivo de desenvolver conhecimento que oriente o percurso acadêmico e profissional avançado (Alarcão & Rua, 2005).

O estágio é definido por Alarcão e Rua (2005), como “*momento de observação e intervenção em contexto de serviço de saúde e afins, com o objetivo de desenvolver capacidades, atitudes e competências*” (p. 376). É pretendido do aluno que desenvolva atitudes e processos de autorregulação, no sentido de integrar, mobilizar e estimular o conhecimento apreendido através de situações reais em contextos diferenciados (Alarcão & Rua, 2005).

Para a realização dos estágios foram traçados previamente objetivos comuns para os dois campos de estágio, indo ao encontro da necessidade de desenvolver e consolidar competências especializadas de enfermagem. Os objetivos traçados serviram de linha orientadora para a descrição das atividades e competências desenvolvidas em contexto prático. Foram assim, propostos os seguintes objetivos para os dois campos de estágio:

OBJETIVO 1- *Desenvolver competências na área da responsabilização, relativas à prática profissional, ética e legal no âmbito do doente crítico e família.*

OBJETIVO 2 – *Desenvolver competências relativas à prestação e gestão de cuidados à pessoa e família em contexto de cuidados intensivos.*

OBJETIVO 3 – *Desenvolver competências na área do conhecimento para o desenvolvimento pessoal e profissional, de modo auto-orientado e autónomo de forma contínua em contexto de cuidados intensivos.*

OBJETIVO 4 – *Desenvolver competências na área da comunicação, utilizando técnicas que facilitem a transmissão de informação com a pessoa/família em cuidados intensivos e entre enfermeiros em contexto de cuidados intensivos.*

No sentido de desenvolver o processo formativo em contexto de estágio tornou-se fundamental adquirir Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, bem como Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, e dentro destas últimas as Competências na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

São consideradas Competências Específicas, “*as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde (...), demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas*” (OE, 2019, p. 4745).

Neste capítulo será feita a descrição analítica das atividades desenvolvidas, para a aquisição de objetivos e competências especializadas de enfermagem, nos diferentes campos de estágio. Foi também feita, a reflexão sobre os contributos que este percurso teve para o crescimento profissional.

3.1 - Competências e Atividades Desenvolvidas

O ambiente de cuidados intensivos, não fazendo parte da minha realidade profissional, era imaginado como um ambiente frio, mecanicista e pouco acolhedor. Constatada a realidade do ambiente de cuidados intensivos, todo o imaginário inicial negativista caiu por terra. Foi observado um serviço com doentes, na sua maioria, acordados e conscientes; uma equipa multiprofissional que trabalha de forma colaborativa e empenhada; profissionais dedicados, calorosos e em constante procura de novos conhecimentos para prestar melhores cuidados e de qualidade ao doente crítico, no sentido de enriquecer a profissão de enfermagem.

Durante a primeira semana de estágio, foi realizada a adaptação aos serviços, sendo peças fundamentais os tutores que orientaram estes estágios, fornecendo indicações importantes para o desempenho de intervenções de enfermagem, no sentido de desenvolver competências centradas na área da especialidade.

As atividades descritas de forma reflexiva, que levaram à aquisição de competências especializadas de enfermagem e que vão ao encontro dos objetivos descritos anteriormente, serão apresentadas neste subcapítulo seguindo a ordem dos objetivos propostos previamente.

OBJETIVO 1- *Desenvolver competências na área da responsabilização, relativas à prática profissional, ética e legal no âmbito do doente crítico e família.*

Neste percurso formativo em contexto de prática, houve oportunidade de realizar observação participativa em vários procedimentos, que até a esse momento nunca foram vivenciados em contexto profissional, tornando-se uma mais valia para a aquisição de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no sentido de desenvolver uma prática baseada na evidência, orientada para resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (OE, 2018).

Durante a prestação de cuidados, o doente foi integrado no processo de tomada de decisão, sendo informado de todas as intervenções propostas para ele, e obtendo, sempre que possível, o seu consentimento, cumprindo assim o estipulado na alínea a) e b) do Artigo 105º, “*Do dever de informação*” do Código Deontológico de Enfermagem (CDE) (OE, 2015a).

A dignidade da pessoa está assente na sua autonomia, pelo que o enfermeiro deve respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado, para realizarem escolhas esclarecidas segundo os seus princípios. As pessoas mais vulneráveis e restringidas na sua autonomia, têm necessidade na proteção dos seus direitos sendo dever do enfermeiro agir na sua defesa para que esse direito seja cumprido (Vieira, 2017, p.93).

Foi sempre garantida a privacidade do doente, utilizando cortinas sempre que se realizava alguma intervenção, na qual seria necessário expor o corpo do doente, fazendo assim cumprir o estipulado na alínea a) e b) do Artigo 107º, “*Do respeito pela intimidade*” do CDE. Também foi assegurada a confidencialidade dos dados colhidos durante a permanência no campo de estágio, conforme a alínea d), b) e a) do Artigo 106º, “*Do dever de sigilo*” do CDE (OE, 2015a).

Segundo Vieira (2017), o direito à privacidade obriga a que se considere “*confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte*” (p.94). Devendo o enfermeiro guardar sigilo da informação referente à pessoa que cuida, compartilhando-a apenas com os profissionais de saúde no exercício da sua profissão.

Durante um dos turnos no SCI, aquando da passagem da visita médica, foi decidido fazer limitação terapêutica a dois doentes, uma vez que todas as medidas terapêuticas não estavam a resultar, havendo um agravamento dos parâmetros hemodinâmicos, revelando disfunção renal, hemática e cardíaca.

Um dos dilemas éticos com que o enfermeiro se defronta mais frequentemente diz respeito à limitação terapêutica, na qual se promovem medidas de conforto evitando a utilização de técnicas terapêuticas invasivas, evitando assim a futilidade terapêutica, também denominada de distanásia, obstinação terapêutica ou tratamento inútil (Trigueiro et al. 2010).

A conduta médica restritiva ligada à limitação terapêutica, procura obter conforto sem interferir ou encurtar o tempo natural de vida, nem adiar de maneira artificial a morte, de forma a que esta aconteça na hora certa na qual o organismo alcançou um grau de deterioração incontornável (Trigueiro et al. 2010).

Segundo Trigueira et al. (2010), “*O direito à vida não envolve um dever de vida artificial a qualquer custo. Suspender o tratamento não é encurtar o tempo de vida, é deixar de prolongar em dias ou horas uma existência sem benefício para o indivíduo*” (p.723).

Neste sentido, os enfermeiros não se mostraram omissos, porque, além do conhecimento científico e técnico, detêm o conhecimento ético que lhes permite realizar julgamento crítico sobre a situação e a ação a ser desenvolvida, sendo também o profissional que mais tempo permanece junto do doente e sua família, de modo a proporcionar um cuidado humanizado, ético e solidário (Trigueiro et al. 2010, p.725).

De acordo com o nº3, Artigo 67º, Regulamento nº 707/2016 – Regulamento da Deontologia Médica, “*O uso de meios extraordinários de manutenção de vida devem ser interrompidos nos casos irrecuperáveis de prognóstico seguramente fatal e próximo, quando*

da continuação de tais terapêuticas não resulte benefício para o doente” (Ordem dos Médicos, 2016, p.22582).

Verificou-se o cumprimento do dever de não prolongar a vida se daí não resultar qualquer benefício, ou seja, não executar obstinação terapêutica. Nas situações observadas, na qual se decidiu a limitação terapêutica, decorriam de doença grave na qual as medidas terapêuticas não estavam a surtir qualquer benefício. Esta decisão pretende acima de tudo proporcionar conforto ao doente em situação de fim de vida, pelo que os doentes mantiveram a terapêutica analgésica para não existir sofrimento. Os familiares foram previamente informados de todo o decorrer da situação, sendo ouvida a sua vontade e permitindo-lhes acompanhar toda a fase terminal do doente. Sendo assim, foi verificado o cumprimento da alínea a) e b) do Artigo 87º - Do Respeito pelo Doente Terminal, bem como da alínea b) do Artigo 91º- do dever de Trabalhar em Articulação e Complementaridade com os Restantes Profissionais de Saúde, consagrado na Deontologia Profissional de Enfermagem (OE, 2015b).

Na UCIC, foi possível participar na tomada de decisão em relação aos cuidados a prestar a um doente que fora admitido após colocação de stent na coronária descendente anterior por estenose, para controlo da dor retroesternal. Tratava-se de um doente que se encontrava num estado avançado de neoplasia pulmonar com metástases cerebrais, hepáticas e ósseas, que começou a ter dor generalizada, disfunção neurológica e renal. Foi sugerida a colaboração dos Cuidados Paliativos Intra-hospitalares, o contacto com a família para os informar sobre o agravamento da situação clínica do doente, o controlo da dor com morfina em perfusão contínua, sendo titulada segundo as necessidades do doente, e a assinatura da folha de Decisão para Não Reanimar (DNR), uma vez que apresentava taquicardia supraventricular sustentada podendo ocorrer a qualquer momento a paragem cardiorrespiratória. A equipa da UCIC está vocacionada para intervir aquando da paragem cardiorrespiratória, sendo necessário lembrar-lhes da existência da folha de DNR, visto que, nesta situação em concreto, a reanimação não viria a trazer qualquer benefício para este doente sendo um meio desproporcionado de tratamento.

A Decisão de Não Reanimar, na qual está incluída a reanimação cardiopulmonar, é praticada através da suspensão ou abstenção de meios desproporcionais de tratamento,

havendo a noção precisa de que a vida humana merece ser respeitada na sua dignidade, sobretudo no final da sua existência (Nunes, 2009).

Aprender a lidar com a vida e com a morte implica um esforço contínuo dos profissionais de saúde, sendo importante dar ênfase especial no respeito profundo pela dignidade da pessoa humana, de forma a re-humanizar as profissões de saúde de forma a que se foquem na dimensão humana e das relações interpessoais, com o objetivo de melhor servir os doentes e a sociedade (Nunes, 2009).

Na prática de enfermagem e das outras profissões dentro da área de saúde, os dilemas éticos e legais dizem respeito ao limite do tratamento, uma vez que este deve ser feito no sentido de evitar a futilidade terapêutica, também chamada de distanásia, tratamento inútil ou obstinação terapêutica (Trigueiro et al., 2010).

A tomada de decisão sobre DNR tem como base habilidades técnicas, morais e éticas, que norteiam e sustentam a tomada de decisão, sendo o enfermeiro o profissional mais bem preparado para aceitar a morte no seu tempo certo, porque é uma profissão que enfatiza a humanização dos cuidados em toda a sua formação e consideram a morte como fazendo parte da vida, diferenciando-se assim da formação médica voltada para a cura (Trigueiro et al., 2010).

Foi sempre respeitado o nº1, Artigo 8º do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), no qual é referido que *“No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos”* (O.E., 2015c, P. 101).

Através da concretização das atividades descritas foram desenvolvidas as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, no Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal - : *“Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”* e *“Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”* (OE, 2019, p.4746). Tendo também conseguido atingir o objetivo 1 – *“Desenvolver competências na área da responsabilização, relativas à prática profissional e legal no âmbito do doente crítico e família”*.

OBJETIVO 2 – *Desenvolver competências relativas à prestação e gestão de cuidados à pessoa e família em contexto de cuidados intensivos.*

Desenvolver um sistema de qualidade em saúde é prioritário, segundo o Concelho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros Portugueses, os enfermeiros devem assumir o papel principal na definição de padrões de qualidade dos cuidados prestados (Fradique & Mendes, 2013).

Para que a profissão de enfermagem seja reconhecida como uma profissão que presta cuidados de enfermagem de qualidade, é importante desenvolver o seu campo de conhecimento, realizando intervenções apoiadas na evidência científica dada através da investigação, que visem a melhoria contínua dos cuidados prestados.

Durante a realização do estágio no SCI, houve oportunidade de contactar e prestar cuidados à pessoa em situação crítica, estando ela sedada, ventilada e curarizada, ou, na sua grande maioria, acordada, consciente e sem suporte ventilatório invasivo.

A prestação de cuidados ao doente com ventilação mecânica invasiva, inicialmente foi executada a medo, devido à in experiência na área do doente crítico, estando associado o risco de ocorrer a desconexão da prótese ventilatória. Gradualmente, foi desenvolvida maior autonomia no cuidado ao doente ventilado, através do aprofundar do conhecimento sobre o tema bem como da colaboração dos tutores, enfermeiros e médicos do serviço.

Aquando a prestação de cuidados ao doente com ventilação mecânica invasiva, foram adotadas todas as precauções para a prevenção da Pneumonia Associada à Intubação (PAI) emanadas pela Direção Geral de Saúde (DGS), baseadas na evidência científica nomeadamente na reavaliação diária da necessidade de sedação; reavaliação diária da possibilidade de desmame ventilatório e/ou extubação; manutenção da cabeceira do leito com ângulo superior ou igual a 30°; prestação de cuidados de higiene oral com gluconato de clorhexidina a 0,2%, pelo menos 3 vezes por dia; manutenção de circuitos ventilatório, sendo apenas substituídos se visivelmente sujos; e manter a pressão do balão do tubo endotraqueal entre 20 e 30 cmH₂O (DGS, 2015b).

Verificou-se que no SCI, a equipa de enfermagem e restantes profissionais de saúde conhecem e implementam no serviço as diferentes normas emanadas pela DGS sobre a prevenção de infeções associadas a cuidados de saúde ou a dispositivos médicos, sendo isso

constatado nas auditorias que a própria equipa faz aos seus procedimentos. Os resultados obtidos das auditorias, são apresentados em reuniões de serviço informais, realizadas periodicamente, com a finalidade de partilhar ideias entre os diferentes elementos da equipa multidisciplinar, para a melhoria dos cuidados prestados ao doente aí internado. As informações colhidas durante as auditorias são divulgadas em placar exposto no serviço, em forma de gráfico, para que toda a equipa tenha conhecimento do número de infeções ocorridas devido aos dispositivos médicos utilizados no serviço. Tornando-se uma mais valia, uma vez que, a equipa toma conhecimento da redução ou agravamento dos casos de infeção, servindo de incentivo ou alerta para a melhoria dos cuidados em determinada área.

As auditorias são uma ferramenta de qualidade para a gestão, que ajudam a compreender a necessidade ou não de mudar políticas organizacionais, como também servem para avaliar, certificar e acreditar as organizações de saúde, num processo contínuo, para assim, responder às necessidades dos seus clientes, de forma a garantir a prestação de cuidados de qualidade (D`Innocenzo et al. 2010).

Os instrumentos de gestão, como as auditorias, permitirão o planeamento operacional das ações assistenciais, como também, da mensuração do resultado operacional e financeiro decorrente das atividades inerentes à assistência de enfermagem (Camelo et al. 2009).

As auditorias são instrumentos de gestão importantes para a obtenção de informação sobre o desenvolvimento dos cuidados prestados, através da divulgação dos seus resultados orientam as intervenções a serem desenvolvidas em determinada área, no sentido de programar estratégias de melhoria nos casos em que os resultados verificados são negativos, ou como forma de incentivo para a continuidade do bom trabalho nos casos onde se verificam durante a auditoria resultados positivos.

Foi possível participar na auditoria da manutenção do Cateter Venoso Central (CVC), bem como na auditoria da colocação do mesmo, através do preenchimento de vários itens de uma lista de verificação, baseada nas normas emanadas pela DGS sobre os feixes de intervenção na prevenção da infeção relacionada com o CVC (DGS, 2015a).

Durante a colocação do CVC, estava sempre presente mais um elemento da equipa de saúde, para fazer a auditoria da colocação do mesmo, garantindo assim que todas as intervenções do feixe de intervenção fossem realizadas.

Houve oportunidade de colaborar com a colocação e manutenção do CVC, colocando em prática o conhecimento adquirido em aula teórica sobre a prevenção de infeção relacionada com o CVC. Foi constado que no SCI, todas as indicações emanadas na norma da DGS eram seguidas à risca pelos profissionais de saúde, utilizando todo o rigor técnico exigido pela norma.

No sentido de prevenir as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), foram cumpridas todas as indicações emanadas pela DGS, no que diz respeito às Precauções Básicas do Controlo da infeção (PBCI) (DGS, 2012).

Gradualmente, foi desenvolvida maior autonomia na capacidade de avaliar alterações dos parâmetros hemodinâmicos e analíticos, de forma a antecipar e alertar para o agravamento da situação clínica do doente. Foi, também, mantida a funcionalidade dos acessos vasculares prevenindo complicações que levassem à sua inutilização. Foram executados registos horários, relativos aos parâmetros hemodinâmicos e respetiva identificação de alterações que necessitasse de intervenção rápida e atempada. Realizada colheita de sangue arterial para executar a gasometria, interpretado o resultado da mesma, face à situação clínica do doente, e feito o despiste de complicações referentes à função respiratória e metabólica, comunicando, de seguida, essas alterações para ser feita uma atuação rápida e atempada. Feito o ajuste da pressão de cuff do tubo orotraqueal através do manómetro de pressão, assim como, a fixação do tubo orotraqueal com fita de nastro, a aspiração de secreções através do tubo orotraqueal com prévia hiper-oxigenação, utilizando sempre a técnica asséptica, assim como a implementação do feixe de intervenções de prevenção da PAI, prevenindo assim, a possibilidade de ocorrerem infeções respiratórias nos doentes com ventilação mecânica.

Realizou-se o acolhimento à família dos doentes internados no SCI aquando da visita ao seu familiar. Antes de entrarem na unidade, foi feito ensino aos familiares dos doentes internados em relação à higienização das mãos e da sua importância na prevenção de infeções cruzadas.

Surgiram situações nas quais o laboratório alertou da existência de microrganismo “problema”, tendo-se tomado medidas de isolamento de acordo com a via de transmissão, para prevenir a infecção cruzada. Microrganismos “problema”, são considerados “*os microrganismos que causam frequentemente doença e taxas de resistência epidemiológica significativa*” (DGS, 2013, p.10). São microrganismos resistentes aos antimicrobianos tornando-se um problema emergente nos cuidados de saúde, com consequências diretas na mortalidade e morbidade, sendo assim importante prevenir a transmissão cruzada de microrganismos resistentes aos antimicrobianos (DGS, 2013).

O enfermeiro especialista tem um papel importante aquando da deteção de microrganismo “problema”. É responsável por realizar o isolamento rápido e adequado do doente contaminado, tendo em atenção a via de transmissão, no sentido de adequar o isolamento em conformidade com o agente infeccioso, de forma a prevenir o contágio entre doentes, profissionais ou visitas.

Durante o estágio decorrido na UCIC, foi possível prestar cuidados de enfermagem aos doentes que tiveram um evento cardíaco, sendo o mais frequente o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) causado por obstrução de uma ou mais artérias coronárias. Os cuidados foram realizados tanto a nível físico, como, e sobretudo, nos cuidados centrados na relação entre enfermeiro e doente, importante para conhecer as suas necessidades, o modo de vida, medos, esperanças, desejos, crenças e valores, no sentido de obter uma relação terapêutica capaz de promover as capacidades do doente, assim como facilitar a sua adesão ao regime terapêutico.

A atuação foi sempre orientada de acordo com o grau de dependência do doente, e em conformidade com as necessidades identificadas na avaliação individual feita previamente a cada doente.

Foram prestados cuidados ao doente aquando da realização de Intervenção Coronária Percutânea (ICP), tanto no pré, como no pós intervenção, sendo também possível assistir à realização do procedimento na sala de hemodinâmica.

A ICP é uma opção terapêutica que proporciona a revascularização do miocárdio, sendo um tratamento eficaz na maioria das doenças arteriais coronárias, utilizando para isso o

cateter-balão ou o implante de stent coronário, com o objetivo de obter reperfusão coronária das artérias ocluídas. (Rassi et al, 2008).

Após a realização de ICP torna-se fundamental a monitorização eletrocardiográfica, bem como dos parâmetros hemodinâmicos, vigilância do local de punção para despiste de complicações hemorrágicas e vigilância da perfusão tecidual, prevenindo a isquemia da extremidade em questão. A via de abordagem para a realização de ICP pode ser via femoral, braquial ou radial, sendo esta última a mais frequente e a que tem menos complicações associadas. A vigilância da perfusão tecidual é particularmente importante quando a ICP é feita pela via radial, uma vez que é utilizado um dispositivo designado de “*TR Band*”, que tem como complicação mais grave a oclusão total da artéria radial, podendo levar à isquemia da extremidade da mão. Este dispositivo é uma pulseira transparente que se ajusta no pulso do doente, com um balão que, uma vez insuflado realiza a compressão da artéria radial, tendo por finalidade realizar a hemóstase da mesma após a ICP.

A hemóstase é realizada através de pressão pneumática da pulseira TR Band, aplicada diretamente sobre a artéria radial, possibilita a visualização do local da punção por ser constituído por um material transparente, bem como, proporciona maior conforto para o doente uma vez que permite a deambulação precoce (Córdova et al. 2018).

É função do enfermeiro da sala de hemodinâmica, colocar a TR Band e ajustar o volume de ar insuflado no balão do dispositivo, de acordo com o calibre do transdutor da ICP transradial, bem como da quantidade de heparina utilizada durante o procedimento, atendendo ao indicado pelo fabricante, deverá ajustar-se a quantidade de ar no balão da TR Band, não devendo ser ultrapassados os 18cc de ar insuflado.

A remoção da TR Band deve ser feita de forma gradual, desinsuflando o balão de compressão de 30 em 30 minutos ou de 1 em 1 hora, conforme a quantidade de heparina utilizada durante a ICP e de acordo com a avaliação do enfermeiro que realiza o procedimento, tendo de manter a vigilância por alguns segundos para despiste da possibilidade de ocorrer hemorragia. Foi possível, realizar várias vezes na UCIC, a remoção de forma faseada e controlada da TR Band; vigilância da perfusão periférica do membro bem como de possível hemorragia, prevenindo deste modo complicações associadas ao procedimento; realizando posteriormente o penso compressivo no local da punção.

A principal complicação da TR Band, devido a manutenção de pressão de forma excessiva, é a redução da perfusão tecidual para a extremidade da mão. Define-se perfusão tecidual periférica ineficaz como a “*Redução na circulação sanguínea para a periferia, capaz de comprometer a saúde*” (North American Nursing Diagnosis Association [NANDA], 2013, p.300).

A oclusão da artéria radial é a complicação mais grave descrita, que pode levar à isquemia da extremidade, sendo a mesma pouco frequente. As complicações mais frequentes com a utilização da TR Band são, o hematoma e o sangramento de pequeno volume (Córdova et al., 2018).

Torna-se fundamental que o enfermeiro monitorize e vigie o local de punção da ICP, para identificar possíveis complicações associadas ao dispositivo de compressão, bem como às complicações associadas ao procedimento intravascular, para poder atuar rápida e eficazmente na prevenção ou tratamento dos mesmos.

Por diversas vezes, foi proporcionada a oportunidade de assistir e ajudar em diversos procedimentos, realizados na sala de hemodinâmica e na sala de eletrofisiologia. Foi verificada a importância do enfermeiro, para o bom funcionamento e desenvolvimento de todos os procedimentos que decorrem nestas salas, garantindo o cumprimento da técnica asséptica cirúrgica, a orientação da auxiliar na desinfecção das superfícies e retirada dos lixos entre cada procedimento, na vigilância do cumprimento das normas de triagem dos lixos executada por toda a equipa, sendo também, o elemento que acolhe o doente na sala, que o tranquiliza e o prepara para a intervenção, fazendo de elo de ligação com os restantes membros da equipa.

Na UCIC, também foi possível prestar cuidados a doentes com diagnóstico de choque cardiogénico. O choque cardiogénico é o resultado do desequilíbrio de todo o sistema circulatório, havendo hipoperfusão tecidual sistémica devido à disfunção cardíaca sistólica e/ou diastólica, havendo necessidade de administrar agentes inotrópicos para a manutenção da perfusão coronária (Rassi et al., 2008).

O choque cardiogénico por falência ventricular esquerda é a principal causa de morte intra-hospitalar associado ao EAM, sendo um dos principais desafios da Cardiologia, provocando hipoperfusão tecidual com falência multiorgânica (Dores et al. 2013).

O doente em choque cardiogénico deve ser mantido sob vigilância e monitorização contínua dos parâmetros vitais e eletrocardiográficos, para despiste precoce de alterações hemodinâmicas que levem à atuação rápida e atempada de toda a equipa de saúde, garantindo assim a sobrevivência e/ou a prevenção de complicações no doente.

A suspeita clínica precoce do choque cardiogénico, baseada na vigilância de sinais de instabilidade hemodinâmica, é crucial para uma melhor abordagem destes doentes, não sendo retardada a revascularização coronária, visto ser esta a única intervenção que demonstra ter impacto na diminuição da mortalidade em doentes com choque cardiogénico associado ao EAM (Dores et al., 2013).

A instituição de outras medidas adjuvantes à revascularização, são também importantes no choque cardiogénico, destacando-se as terapêuticas com fármacos vasopressores e inotrópicos, a ventilação mecânica invasiva e as técnicas dialíticas, sendo também importante manter o doente com monitorização hemodinâmica invasiva por linha arterial (Dores et al., 2013).

O doente, referido anteriormente, com o diagnóstico de choque cardiogénico devido a EAM por oclusão de uma artéria coronária, encontrava-se em pós ICP para revascularização através de cateter balão e colocação de stent na coronária circunflexa, no local onde a artéria se encontrava ocluída, sendo possível a sua desobstrução através deste procedimento. O doente apresentava-se consciente, orientado e colaborante, com vários fatores de risco cardiovasculares associados, hipertensão, diabetes mellitus não insulínico dependente, dislipidemia, obesidade, fumador e com história de consumos abusivos de álcool. Apresentava-se a respirar espontaneamente e sem dificuldade respiratória com oxigénio por cânula nasal; com cateter venoso central de três vias, algaliação com bons débitos urinários; linha arterial para a monitorização hemodinâmica invasiva e colheitas de gasometrias, e com monitorização eletrocardiográfica de 5 derivações. No CVC encontravam-se: na linha mediana soroterapia por bomba perfusoras, cumprindo assim o protocolo de prevenção da nefropatia por contraste, contraste este utilizado aquando da realização da ICP; pela via distal encontrava-se em perfusão por seringa perfusoras noradrenalina para manter valores tensionais estáveis; e a linha proximal encontrava-se obturada. Foi importante a vigilância da sua função renal e o cumprimento do protocolo de nefropatia por contraste para que a sua disfunção renal, previamente instalada, não se agravasse

contribuindo para a sua melhoria. A perfusão da noradrenalina, como vasoconstritor, tendo por finalidade a manutenção de valores tensionais que permitam a circulação do sangue a todos os órgãos, foi gradualmente titulada para níveis cada vez mais baixos, uma vez que os valores tensionais se encontravam num perfil crescente adotando níveis acima do desejado, sendo posteriormente informado o médico para a prescrição de acordo com a dose real administrada ao doente.

O enfermeiro torna-se peça fundamental na monitorização, vigilância e execução de protocolos complexos de medicação administrados ao doente internado na UCIC, sendo o elemento que deteta precocemente as alterações e agravamento da situação clínica do doente, por ser o elemento que mais tempo passa junto do mesmo, conseguindo detetar pequenas alterações no seu estado clínico. Foi constatado que é o enfermeiro da UCIC o primeiro a dar o alerta do agravamento da situação clínica do doente e a atuar rápida e atempadamente para a resolução da situação.

Aquando da alta do doente, torna-se importante que o doente adira ao regime terapêutico, para que haja ganhos em saúde. Para isso, foi importante realizar ensinamentos ao doente/família sobre estilos de vida saudáveis, que incorpora uma dieta com baixas calorias, pobre em sal e açúcar, e a realização de atividade física diária. É importante fazer diariamente a medicação prescrita pelo cardiologista, explicar o porquê ao doente da medicação, bem como os efeitos secundários da terapêutica antiagregante e hipocoagulante, e das medidas para preveni-los. Promovendo assim, estratégias para o desenvolvimento da autonomia no autocuidado do doente após a alta do serviço, é fundamental neste processo, e, para tal, são determinantes as dinâmicas de ensino envolvendo a família junto do doente.

O autocuidado é definido como *“Um padrão de realização de atividades para si mesmo que ajuda a atingir as metas relativas à saúde e pode ser fortalecido”* (NANDA, 2013, p.307). O autocuidado também é definido como *“Atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as necessidades da vida diária”* (OE, 2016, p.42).

O enfermeiro com especialização, é aquele, que juntamente com as chefias, lidera os serviços de forma a motivar, gerir e coordenar as capacidades e os conhecimentos de todos os colaboradores, com o objetivo de alcançar uma prestação de cuidados de saúde seguros e de qualidade (Fradique & Mendes, 2013).

Numa situação concreta, um doente internado com o diagnóstico de Síndrome Coronária Aguda sem supradesnivelamento de ST, a aguardar transferência para um hospital com valência cirúrgica cardiotorácica, uma vez que o tratamento deste doente só seria possível através de cirurgia, desenvolveu dor torácica após os cuidados de higiene. Foi possível ser a primeira pessoa a verificar a situação, dando o alerta pedindo ajuda, e participar na execução do ECG de 12 derivações, para verificar que o traçado eletrocardiográfico que se mantinha sem supradesnivelamento de ST, não havendo necessidade emergente de realizar ICP. Foram administrados nitratos por via sublingual, seguido de nitratos intravenosos por seringa perfusora e opióides para controlo da dor.

Verifica-se a importância dos enfermeiros com a especialização na UCIC, por serem os primeiros a detetar de forma precoce as alterações no doente crítico, bem como na atuação rápida e eficaz em situações de agravamento clínico do doente crítico.

Houve oportunidade de realizar uma cardioversão com orientação do médico cardiologista, num doente com disritmia grave e que não respondia à cardioversão química. Foi preparado previamente o doente, e informando sobre o que se iria passar. Colocou-se cateter venoso periférico e perfusão de soroterapia, colocaram-se os elétrodos para a monitorização eletrocardiográfica, instalou-se o carro de emergência junto do doente, foi colocada oxigenoterapia, e garantida a privacidade do doente através da utilização de cortinas. Por último, aplicaram-se os adesivos de gel para proteger a pele de queimadura provocada pelas pás do desfibrilhador. Posteriormente, o doente foi sedado com propofol sob indicação do médico anestesista. Após a sedação do doente, o médico cardiologista orientou e auxiliou na execução do procedimento. O desfibrilhador foi sincronizado para apenas administrar o choque quando surgida a onda R. Colocaram-se as pás sobre as proteções adesivas de gel para evitar queimaduras, comprimidas as pás sobre o tórax para diminuir a impedância, e asseguradas as precauções de segurança, afastando fonte de oxigénio e pessoas em volta, e por fim administrado o choque. Após a cardioversão, verificou-se a existência de ritmo sinusal que confirmou a sucesso do procedimento. Manteve-se a vigilância do doente até este acordar totalmente, deixando de estar sobre o efeito da sedação.

Na cardioversão, o choque é administrado de forma sincronizada com o complexo QRS evitando a entrega de energia no período refratário, relativo ao ciclo cardíaco onde existe risco de provocar fibrilhação ventricular (Almeida & Alves, 2010).

A cardioversão sincronizada é utilizada para converter ritmos como a Fibrilhação Auricular (FA), o flutter auricular, ou outras taquicardias supraventriculares e taquicardias ventriculares, que se mantiveram após realização prévia de cardioversão farmacológica (Almeida & Alves, 2010).

Foram, assim, adquiridas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, unidade de competência 1.1 – *“Identifica as necessidades da pessoa (...) assegurando a detenção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação decorrente de patologias agudas ou crônicas e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos”*, a unidade de competência 1.2 – *“Concebe planos de intervenção, tendo como objetivo a adaptação aos processos de transição saúde/doença aguda ou crônica, perante situações decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos”*, bem como a unidade de competência 1.3 – *“Implementa as intervenções planejadas tendente à vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos decorrentes da doença (...)”* e da unidade de competência 1.4 – *“Avalia os resultados com base nas respostas da pessoa, família e cuidadores a vivenciar doença aguda ou crônica e processos médicos e/ou cirúrgicos complexos”*, sendo também desenvolvida competências dentro da unidade de competências 2.1 – *“Gere os processos terapêuticos de prevenção, estabilização, manutenção e recuperação de situações decorrentes de doença aguda ou crônica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos”* (OE, 2018, p.19360-19361), assim como a competência 3 – *“Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequado”* (OE, 2018, p.19364).

Através da observação, execução e aprofundamento teórico, bem como da revisão bibliográfica, com o propósito de elevação e atualização do conhecimento na área de cuidados

intensivos, foi conseguido atingir o objetivo 2 – “*Desenvolver competências relativas à prestação e gestão de cuidados à pessoa em contexto de cuidados intensivos*”.

OBJETIVO 3 – *Desenvolver competências na área do conhecimento para o desenvolvimento pessoal e profissional, de modo auto-orientado e autónomo de forma contínua em contexto de cuidados intensivos.*

O doente crítico internado no SCI, tem necessidades de cuidados e de meios técnico de grande complexidade, tornando-se imperativo a procura de conhecimento, através da revisão bibliográfica constante, possibilitando assim a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade baseados na evidência científica.

Quando a estabilidade hemodinâmica do doente fica comprometida, há a necessidade de se ter acesso aos parâmetros vitais com procedimentos invasivos, utilizando a artéria radial, femoral, braquial, ou pediosa, para a monitorização. A monitorização hemodinâmica invasiva é uma monitorização da pressão arterial que permite a avaliação contínua das pressões arteriais sistólica, média e diastólica, bem como colher, de forma fácil, sangue arterial para exames laboratoriais, sem provocar dor ao doente. O procedimento está indicado para doentes com níveis pressóricos instáveis, no uso de drogas vasoativas, suporte ventilatório, pós-operatório de cirurgias extensas, grandes queimados, estados de choque onde a vasoconstrição é intensa, dificultando a avaliação não invasiva da pressão arterial (Coelho, 2014).

No SCI, verificou-se a utilização de monitorização hemodinâmica invasiva, sendo realizada por meio da colocação de um cateter intravascular através de uma artéria, utilizada com maior frequência a artéria radial, com um transdutor que é ligado a equipamento elétrico, que transmite informação constante dos parâmetros vitais do doente. Esta informação é fundamental para manter as funções vitais, proporcionando dados que levam a intervenções direcionadas, no sentido de se manterem as pressões arteriais dentro de valores considerados viáveis para a manutenção da função dos órgãos.

Os métodos utilizados para avaliar o doente crítico, não se limitam apenas a dados fornecidos pelo monitor. O enfermeiro tem conhecimento e competências para reconhecer e interpretar a informação transmitida pelo monitor, bem como avaliar a clínica do doente,

intervindo e respondendo em tempo útil às alterações ou intercorrências que o doente apresente, no sentido de prevenir complicações que daí possam resultar.

É fundamental realizar a monitorização da profundidade da sedação e função cerebral, através da utilização de escalas de avaliação consideradas válidas e confiáveis como a Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS), utilizada em doentes adultos internados em unidades de cuidados intensivos (Barr et al., 2013).

A manutenção de níveis baixos de sedação em doentes internados nos cuidados intensivos, está associado a melhores resultados clínicos, como à redução da duração da ventilação mecânica e diminuição do internamento em cuidados intensivos (Barr et al, 2013).

A utilização de medidas objetivas como o Índice Bispectral (BIS), aliado à avaliação subjetiva utilizando a escala de RASS, é fundamental para verificar os níveis de sedação em doentes internados nos cuidados intensivos, sobretudo os que estão a receber terapia de bloqueio neuromuscular (Barr et al., 2013).

Foi possível constatar a utilização do BIS, sensor que fornece informações objetivas sobre respostas individuais do doente às medicações sedativas, fornecendo maior segurança na administração de sedação. Como também, a utilização da escala de RASS para uma avaliação subjetiva do nível de sedação, como alternativa e/ou complementar do BIS.

A sedação do doente internado no SCI é feita preferencialmente com Propofol, ou com dexmedetomidina, mantendo-se níveis de sedação de acordo com as necessidades de cada situação clínica.

Sugere-se como estratégia de sedação, a utilização de sedativos não benzodiazepínicos como o propofol ou o dexmedetomidina, para obter melhores resultados clínicos, por serem fármacos não benzodiazepínicos associados ao “*despertar diário*”, que contribuem para a diminuição do tempo de permanência nas unidades de cuidados intensivos, pela sua rápida metabolização, bem como à diminuição da ocorrência de delirium em doentes internados nos cuidados intensivos com suporte ventilatório mecânico (Barr et al., 2013; Shinotsuka & Salluh, 2013).

O Delirium é uma síndrome que se caracteriza pelo início agudo de disfunção cerebral, com flutuação ou mudança do estado mental, desatenção, desorganização do pensamento ou um nível de consciência alterado. Está associado ao aumento da mortalidade em

doentes internados em cuidados intensivos, ao aumento do tempo de internamento em cuidados intensivos e às alterações cognitivas de doentes internados nos cuidados intensivos (Barr et al, 2013, p.282). O Delirium pode ser hipo ou hiperativo, e é avaliado no SMI através da utilização da escala Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU).

A demência preexistente, história de hipertensão, história de alcoolismo e gravidade da doença na admissão, como também, a utilização de benzodiazepinas, podem ser fatores de risco para o desenvolvimento de Delirium nos doentes internados nos cuidados intensivos (Barr et al., 2013).

É recomendada a interrupção diária de sedação ou o uso de níveis alvo baixos de sedação nos doentes com ventilação mecânica, assim como promover o sono, através da otimização do ambiente de cuidados intensivos, com a redução da luz e do ruído durante o período noturno, como estratégias de prevenção do Delirium nas unidades de cuidados intensivos (Barr et al., 2013).

A situação clínica mais comum na qual o nível de sedação desejada é a mais elevada, constatada através da escala de RASS no nível -5, foi verificada nos doentes internados no SCI com o diagnóstico de estados de mal epilético. Verificou-se a necessidade de manter os doentes, com este diagnóstico, com níveis elevados de sedação por períodos de 12 a 24 horas, para a recuperação normal da função elétrica cerebral, sendo fundamental a vigilância de enfermagem para manter níveis de sedação, assim como despiste de sinais de alerta como os que podem ocorrer aquando da redução gradual da sedação, como é o caso da atividade convulsiva, ou da alteração pupilar que indica disfunção cerebral do doente.

Uma outra preocupação do enfermeiro em contexto de cuidados intensivos é a avaliação da dor do doente crítico, através de diversas ferramentas que o auxiliam a monitorizar a dor quando a comunicação verbal não é possível, com a finalidade de poder intervir no controlo da mesma.

“A dor é uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só uma componente sensorial, mas também, uma componente emocional e que se associa a uma lesão

tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão” (Barr et al, 2013, p.269).

A Behavioral Pain Scale (BPS) e a Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT) são as escalas comportamentais de dor mais válidas e fiáveis para monitorizar a dor em doentes internados em cuidados intensivos (Barr et al. 2013).

Em relação à dor, verifica-se a importância da sua avaliação através das diferentes escalas de avaliação da dor. É fundamental, saber interpretar corretamente os sinais sugestivos de dor do doente ventilado com impossibilidade de comunicar verbalmente, utilizando para isso, a escala BPS de forma a despistar o aparecimento da dor e possibilitar o seu controlo precoce. No SCI são utilizadas duas escalas de avaliação da dor, a escala numérica da dor, utilizada em doentes conscientes e não ventilados mecanicamente, e a escala BPS para doentes com ventilação mecânica.

Os enfermeiros também avaliam a dor através de componentes objetivos fisiológicos, nos doentes não ventilados, mas não colaborantes ou sedados para a avaliação da dor, através da avaliação das alterações dos parâmetros vitais, como a alteração da frequência respiratória, frequência cardíaca, tensão arterial, saturação de oxigénio, e hiperidrose que indicam a presença de dor.

Para o tratamento da dor, o SCI utiliza como fármacos de eleição os opióides, administrados por via intravenosa ou cateter epidural, em bólus ou em perfusão contínua conforme as necessidades individuais de cada doente.

É recomendada a utilização de opióides intravenosos como o medicamento de primeira eleição para tratar a dor não neuropática nos doentes internados em cuidados intensivos, por apresentarem uma boa eficácia analgésica (Barr et al., 2013).

A escolha do opióide e a dose a ser utilizada depende de muitos fatores, é feita de forma individualizada de acordo com as condições físicas do doente, assim como das propriedades farmacocinéticas e farmacodinâmicas do medicamento (Barr et al., 2013).

Também é recomendada a analgesia preventiva e a utilização de intervenções não farmacológicas, como o relaxamento e a massagem, para o alívio da dor em doente internados em cuidados intensivos (Barr et al, 2013).

Durante o estágio no SCI, foi realizada avaliação e monitorização da dor através da escala numérica ou da BPS, de acordo com a situação clínica do doente. Sendo possível, também, intervir no controlo da dor, através de estratégias não farmacológicas como a massagem e o posicionamento, ou através da gestão da analgesia, assim como alertar atempadamente sobre o agravamento da dor, no sentido de ser feita a prescrição ajustada de analgésico de acordo com a dor do doente.

No SCI existe grande preocupação pela segurança nos cuidados prestados, no sentido de prevenir a ocorrência de erros adversos, existe um sistema de notificação interno para reportar algum tipo de erro que possa ter ocorrido. No stock de medicação têm etiquetas de alerta para os medicamentos Look Alike Sound Alike (LASA), para chamar a atenção de medicação com aparência ou nome semelhante prevenindo a ocorrência de troca na utilização dos mesmos.

Uma outra estratégia utilizada para prevenir o erro terapêutico é a utilização de sistema de cores para identificar terapêutica em perfusão: cor roxa para os medicamentos vasopressores, vermelho para os medicamentos relaxantes musculares, amarelo para os medicamentos utilizados na sedação, azul para os analgésicos opióides, verde para atropina e insulina, e cinzento para outros medicamentos. Com este sistema é possível prevenir o erro referente à troca de medicação, bem como verificar qual o medicamento que está a terminar, não necessitando de se aproximar do doentes que se encontram em isolamento, contribuindo por um lado para evitar interrupções de terapêutica, porque permite antecipar a preparação da mesma, e por outro evita o uso desproporcionado de equipamento de proteção individual e a perda de tempo para o colocar e retirar.

No SCI existem protocolos para a realização de diversos procedimentos para garantir a qualidade dos mesmos, e têm uma política que incentiva a formação contínua de todos os profissionais de saúde que leva à melhoria constante dos cuidados prestados. O foco é dado à partilha de experiências para solucionar algum tipo de erro médico e não à punição, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao doente crítico e sua família, procurando garantir a sua segurança bem como a segurança dos profissionais.

Verificou-se a preocupação que a equipa tem, para implementar precocemente a alimentação do doente crítico, inicialmente através de fórmulas entéricas através de sonda nasogástrica de forma contínua, em doentes cujo tubo digestivo é viável, mas sem capacidade

de deglutir. Caso seja contraindicado a utilização do tubo digestivo, é utilizada a via parentérica. É sobretudo utilizada a fórmula entérica por sonda para a alimentação do doente internado no SCI, com protocolo de administração no qual a introdução da alimentação é feita de forma contínua e gradual. É verificado, de 6 em 6 horas, o volume gástrico residual, e feita a respetiva lavagem da sonda com água. Esta necessidade precoce de alimentar o doente crítico é fundamental para prevenir a ocorrência de desnutrição, bem como, conseqüentemente, facilitar na recuperação funcional do doente crítico. É assim evidente, a importância do papel do enfermeiro na avaliação da tolerância à alimentação, atuando no sentido de prevenir o risco de aspiração.

Os objetivos da terapia nutricional no doente crítico, incluem o fornecimento de aporte nutricional adequado, possibilitando a prevenção de deficiências nutricionais, diminuição da perda de massa corporal, prevenir complicações e melhorar os resultados clínicos (Franzosi et al. 2012).

A American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN) propõem a utilização apenas de nutrição entérica nos primeiros sete dias de internamento, mesmo quando a oferta energética não atinja os objetivos nutricionais desejados, sendo recomendada a utilização de nutrição parentérica total apenas após o sétimo dia de internamento. Em contrapartida, a European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) propõem a utilização de nutrição parentérica total a partir do terceiro dia de internamento, caso a nutrição entérica esteja contraindicada nos doentes que não toleram a alimentação entérica (Franzosi et al. 2012).

Segundo a ASPEN e a ESPEN, recomendam que o aporte nutricional a administrar no doente crítico, seja o mais próximo das suas necessidades, no sentido de evitar deficiências nutricionais e melhorar os resultados clínicos, sendo também importante, evitar o atraso no adequado aporte calórico porque encontra-se associado a um mau prognóstico (Franzosi et al. 2012).

Segundo Franzosi et al. (2012), os doentes críticos beneficiam com o início precoce de administração de nutrientes nas primeiras horas após a sua estabilização hemodinâmica, bem como de protocolos definidos pela instituição, que facilitem o início precoce do aporte nutricional (p.268).

Foi verificado no SCI a administração precoce de alimentação entérica no doente crítico com tubo digestivo viável, utilizando protocolo de atuação na administração da mesma. Nos doentes cujo tubo digestivo não era viável, era utilizada alimentação parentérica o mais precocemente possível, conforme a situação clínica do doente.

A imobilização ou a redução do suporte do peso corporal devido ao internamento prolongado, pode ocasionar complicações neuromusculares, pulmonares, cognitivas e na qualidade de vida, podendo permanecer até cinco anos após a alta (Martinez et al. 2013).

No SCI, verificou-se a preocupação de melhorar a qualidade de vida dos doentes ali internados, através da prevenção ou atenuação de sequelas após o internamento em cuidados intensivos. O Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos (SPICI) é a designação atribuída ao conjunto de fatores que podem afetar a qualidade de vida do doente crítico e suas famílias, podendo desencadear sequelas a nível físico, psicológico ou cognitivo. Para prevenir o SPICI, o SCI desenvolveu um projeto no qual fazem o seguimento dos doentes pós internamento em cuidados intensivo através de consultas de follow up.

Existe a necessidade de quantificar a perda funcional dos doentes internados em cuidados intensivos, para ser possível direcionar melhor o tratamento fisioterapêutico e minimizar as sequelas dessa perda funcional no internamento (Martinez et al. 2013).

Foi possível participar nas consultas de follow up dos doentes e seus familiares que estiveram internados no SCI. Esta consulta destina-se a identificar o possível surgimento de SPICI, para poderem dar resposta aos doentes e família, no sentido de recuperarem de eventuais sequelas físicas, psicológicas ou cognitivas, que possam ter surgido após internamento em cuidados intensivos.

Os enfermeiros do SCI, têm uma atuação muito dinâmica no que diz respeito ao Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos na Família (SPICI-F). Fazem um questionário ao familiar de referência de cada doente, no terceiro dia de internamento, no sentido de verificarem se existe algum risco de desenvolverem complicações associadas ao internamento nos cuidados intensivos. Concomitantemente, realizam previamente o respetivo pedido de consentimento para poderem realizar o estudo. Posteriormente, esta família é seguida nas consultas de follow up, realizada em dois momentos distintos, o primeiro

uma semana após a alta, e o segundo três meses após a alta em cuidados intensivos, verificando o impacto que o internamento em cuidados intensivos teve para essa família.

Também foi possível participar na ação de formação prática sobre “Suporte Avançado de Vida”, realizado no dia 1 de outubro, bem como assistir na ação de formação sobre “Delirium”, desenvolvido no dia 31 de outubro, importante para o desenvolvimento de troca de conhecimento entre pares. Houve também oportunidade de troca de conhecimentos, através da realização de ensino ao enfermeiro responsável pelo doente portador de drenagem e enfermeiro tutor, sobre a utilização de um dreno abdominal ligado a dispositivo de drenagem do tipo “J-Vac”, o qual a equipa de enfermagem do SCI não tinha experiência. Este tipo de dispositivo de drenagem é muito comum na realidade profissional onde me insiro, tendo o conhecimento necessário, vindo da prática diária, para ensinar a forma de manusear o respetivo dispositivo, sendo assim possível compartilhar o conhecimento entre pares.

No estágio decorrido na UCIC, houve necessidade de procura de conhecimento através da pesquisa bibliográfica, para relembrar a memória ou adquirir novo conhecimento dentro da área da fisiopatologia cardíaca e tratamento de doenças do foro cardíaco, uma vez que esta constitui uma realidade profissional nunca experienciada.

A principal patologia abordada na UCIC, o EAM, cujo tratamento principal é feito através da ICP, tornou-se importante a pesquisa bibliográfica para aquisição de conhecimento dentro da área.

Segundo a Sociedade Europeia de Cardiologia, o EAM é caracterizado pelas manifestações clínicas sugestivas de isquemia do miocárdio, alterações do padrão eletrocardiográfico com supradesnivelamento do segmento ST ou bloqueio completo de ramo esquerdo de novo, pelo aumento de marcadores bioquímicos que são específicos de necrose do miocárdio, e alterações imagiológicas (Wijns et al., 2010).

O EAM é definido de acordo com critérios clínicos, analíticos e eletrocardiográficos, sendo este último que permite diferenciar o EAM com supradesnivelamento de ST do EAM sem supradesnivelamento de ST (Morgado, Pereira & Caldeira, 2018). Os diferentes tipos de EAM vão orientar os procedimentos a seguir para o tratamento, nos EAM

com supradesnivelamento de ST o tratamento de eleição é a reperfusão precoce do miocárdio por ICP (Sousa et al., 2012).

O benefício do tratamento do EAM com supradesnivelamento de ST é tanto maior quanto menor for o tempo que decorre entre o início dos sintomas e a ICP primária (Morgado, Pereira & Caldeira, 2018).

A Sociedade Europeia de Cardiologia aconselha a realização precoce de ICP para a revascularização do miocárdio em doentes com EAM com supradesnivelamento de ST. Em Portugal é recomendado que os doentes com EAM com supradesnivelamento de ST devem ser transferidos para centros com capacidade de realizar ICP primária, e essa transferência não deve exceder os 30 minutos (Sousa et al., 2012).

Para que o tempo de reperfusão do miocárdio fosse conseguido o mais rapidamente possível, nos EAM com supradesnivelamento de ST, foi desenvolvida uma iniciativa internacional designada “*Stent for Life*”, que Portugal integra desde 2011, sendo o seu principal objetivo a prioridade em obter a perfusão miocárdica no mais curto intervalo de tempo possível (Morgado, Pereira & Caldeira, 2018). Foi através da via verde coronária que se verificou na UCIC, a operacionalização de medidas rápidas para o tratamento do EAM com supradesnivelamento de ST.

As recomendações atuais são de que se efetue a ICP dentro de 90 minutos desde os primeiros sintomas, nos EAM com supradesnivelamento de ST, sendo que o tempo total de isquemia do miocárdio não deve exceder os 120 minutos, porque qualquer atraso na reperfusão do miocárdio pode agravar o prognóstico, verificando-se um aumento da mortalidade de 3% para 4,8% quando o tempo entre porta do hospital e realização de ICP passa de 30 minutos para 180 minutos (Sousa et al., 2012).

Em relação aos EAM sem supradesnivelamento de ST, o momento para realizar a ICP ainda não está completamente definido, estando estabelecido que nos doentes com alto risco deve ser realizada nas primeiras 24 horas (Morgado, Pereira & Caldeira, 2018).

Na UCIC verificou-se a existência de uma equipa de enfermeiros, médicos e técnicos de radiologia, que se encontram de permanência à chamada no período noturno, fim de semana e feriados, não devendo exceder os 30 minutos de demora para chegarem à sala de

hemodinâmica, para realizarem a ICP aos doentes a quem foi diagnosticado EAM com supradesnivelamento de ST, através do Eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações.

Neste contexto verifica-se a importância do ECG de 12 derivações, que deve ser obtido em menos de 10 minutos desde o primeiro contacto com o médico, nos doentes com desconforto torácico (Sousa et al., 2012).

Foi possível executar ECG de 12 derivações na UCIC, sendo protocolo de serviço os enfermeiros realizarem ECG de 12 derivações aos doentes no após ICP imediato, doentes que desenvolvam dor torácica, para despiste de EAM com supradesnivelamento de ST que indique isquemia do miocárdio, levando à realização emergente da ICP, e efetuado por rotina a todos os doentes internados na UCIC durante o turno da noite.

É fundamental, para além da terapêutica mecânica como a ICP, a associação de terapêutica farmacológica como os antiagregantes plaquetários para manter a reperfusão do miocárdio e evitar a ocorrência de complicações após ICP, como é o caso da trombose do stent, verificando-se ser importante o pré tratamento com estes fármacos, tão cedo como possível, uma vez que reduz significativamente a incidência de trombose coronária e EAM após ICP (Wijns et al., 2010).

Durante o internamento na UCIC, os doentes realizavam doses de carga de antiagregantes plaquetários no pré ICP, sendo importante a intervenção precoce do enfermeiro para que não ocorressem falhas na administração ou erros na dose de medicação administrada, uma vez que as indicações médicas eram feitas verbalmente devido à urgência que algumas situações apresentavam, havendo necessidade de enviar rapidamente o doente para realizar ICP com prévia administração de doses de carga de antiagregantes plaquetários. Verificou-se importante na UCIC a permanência de enfermeiros com experiência e conhecimento dos protocolos de atuação a realizar aos doentes com EAM com indicação de ICP, diminuindo falhas e erros decorrentes dos procedimentos a efetuar, contribuindo assim para a segurança e melhoria dos cuidados prestados em situações emergentes, cuja atuação rápida, efetiva e precisa é necessária.

Como diz Benner, espera-se que os enfermeiros “*se apercebam do que é necessário fazer para prestar ao paciente os melhores cuidados, mais do que simplesmente seguir à risca as prescrições médicas...*” (2001, p. 165). Os enfermeiros têm, assim, o seu corpo de

saberes próprio que lhes fornece ferramentas adequadas para prestar cuidados de enfermagem de qualidade e excelência, possibilitando o desenvolvimento e autonomia do desempenho da profissão.

Surgiu também, a oportunidade de assistir a duas formações desenvolvidas por enfermeiros da UCIC. A primeira formação teve como tema “Monitorização eletrocardiográfica”, que se realizou no centro de formação do hospital, houve possibilidade de interagir com os formandos, contribuindo para o aprofundamento de saberes sobre o tema. A segunda formação cujo tema foi “Desfibrilhador”, tendo sido mais prática, possibilitou o manuseamento do aparelho em questão, contribuindo para o enriquecimento do saber fazer a nível profissional.

Foi possível assistir na sala de hemodinâmica à correção do Forâmen Oval Patentado (FOP), através do cateterismo da veia femoral progredindo pela veia cava até chegar à aurícula direita. O FOP é a designação dada ao orifício que permaneceu no septo entre as aurículas direita e esquerda, havendo ligação entre as duas aurículas e por conseguinte troca vascular, esta situação decorre de um defeito congênito no qual o forame oval não encerrou completamente após o nascimento (Silva et al. 2007).

O FOP não é considerado a causa primária do Acidente Vascular Cerebral (AVC), pode ser o mecanismo mais provável de AVC de causa indeterminada ou AVC criptogénico (Paiva et al., 2015).

O risco de ocorrer um AVC ou um Acidente Isquémico Transitório (AIT) é mais elevado nos casos de associação com aneurisma do septo intra-auricular ou shunt intracardíaco direito-esquerdo de grandes proporções (Paiva et al., 2015). Sendo também considerado uma causa provável nas enxaquecas de difícil controlo clínico (Silva et al., 2007).

O encerramento percutâneo do FOP é uma alternativa terapêutica na prevenção secundária do AVC criptogénico, quando associado a aneurisma do septo intra-auricular e a shunt intracardíaco de grandes proporções (Paiva et al., 2015).

Para a realização do procedimento para o encerramento percutâneo do FOP é necessário o consentimento informado formal do doente, visto ser um procedimento invasivo e de elevado risco. Previamente, é iniciado o protocolo de prevenção da nefropatia por contraste e doses de carga de antiagregantes plaquetários, bem como a administração de

antibioterapia para a profilaxia da endocardite bacteriana; o procedimento é feito sob anestesia geral, com entubação orotraqueal, e com a monitorização por Ecocardiografia Transesofágica (Silva et al., 2007). É feita a punção da veia femoral direita colocando-se o introdutor; administra-se heparina e é realizado o cateterismo com a ajuda da angiografia e a utilização de um cateter angiográfico colocado no septo intra-auricular, com contraste suficiente que permita visualizar a presença e as características anatómicas do FOP, sendo colocada, de seguida, uma prótese ajustada ao tamanho do FOP, com a ajuda do fluoroscópio e do ecocardiograma transesofágica (Silva et al., 2007). O encerramento percutâneo de FOP revelou ser um procedimento seguro e eficaz na prevenção secundária do AIT/AVC criptogénico (Paiva et al., 2015).

Durante a observação deste procedimento, foi possível ver diferentes profissionais a trabalharem de forma coordenada e bem articulada entre eles. Para quem observa pela primeira vez, vê uma sala cheia de pessoas e equipamentos, parecendo uma grande confusão. Mas posteriormente, quando começa o procedimento todas as intervenções são executadas na procura de manter todos os padrões de assepsia cirúrgica, assim como manter a segurança do doente e dos profissionais envolvidos. Os profissionais de saúde que se encontravam na sala estavam divididos em três equipas, a equipa de anestesia, composta pelo médico anestesista e enfermeiro anestesista; a equipa de ecocardiografia transesofágica composta por um médico cardiologista com experiência em endoscopia e um técnico de radiologia; e por fim a equipa de intervenção composta pelo cardiologista de intervenção, dois enfermeiros e um técnico de cardiopneumologia. Para além destes profissionais junto do doente, encontravam-se na sala de “*controlo*” com parede envidraçada com vista para a sala de intervenção, o técnico de radiologia que dá apoio ao cardiologista de intervenção, o delegado de propaganda médica responsável por todo o material a ser utilizado durante o procedimento com conhecimentos para ajudar em qualquer dúvida sobre o material em utilização, vários internos e alunos da especialidade de enfermagem.

Foi assim observada a importância dos enfermeiros durante todo o procedimento, garantindo a qualidade das intervenções prestadas e que tudo fluísse de forma dinâmica, calma e natural; assegurando as condições de segurança de toda aquela equipa de saúde bem como do doente; executando procedimentos complexos, mostrando conhecimento avançado sobre o assunto, e contribuindo de forma ativa e eficaz para a conclusão da intervenção.

“... não é possível falar-se sobre qualidade em saúde sem se referir a qualidade da interação e da comunicação entre os profissionais que são responsáveis pelo cuidado, e por isso pela segurança, do doente” (Santos, et al. 2010, p.52).

Para que a transmissão de informação sobre cuidados do doente se faça de forma segura, é importante comunicar de forma eficaz aquando da transição de cuidados, utilizando para isso uma comunicação normalizada através da técnica ISBAR (DGS, 2017a).

A mnemónica ISBAR é uma ferramenta de padronização de comunicação em saúde, que permite memorizar de forma simples construções complexas e é reconhecida por promover a segurança do doente nas transições de cuidados (DGS, 2017a)

Através da observação participativa e aprofundamento teórico, bem como da revisão bibliográfica, com o propósito de aquisição do conhecimento na área de cuidados intensivos, foi conseguido atingir o objetivo 3 – *“Desenvolver competências na área do conhecimento para o desenvolvimento pessoal e profissional, de modo auto-orientado e autónomo de forma contínua em contexto de cuidados intensivos”*.

Foram também desenvolvidas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, no âmbito do domínio da competência B3 – *“Garante um ambiente terapêutico e seguro”*, assim como no *“Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais”* na competência D1 – *“Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade”*, e D2 – *“Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”* (OE, 2019, p.4747- p.4749); assim como Competência Específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da unidade de competência 1.2 – *“Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos”*, bem como a 1.3 – *“Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas”* (OE, 2018, p.19363).

A procura do conhecimento através da realização deste estágio, para prestar melhores cuidados de enfermagem no exercício da profissão, leva-nos para o cumprimento da alínea a), nº1 do Artigo 97º, Deveres em geral do Código Deontológico de Enfermagem que diz que os membros da Ordem estão obrigados a *“Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e*

pela saúde e bem estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (OE, 2015a, p.3).

OBJETIVO 4 – *Desenvolver competências na área da comunicação, utilizando técnicas que facilitem a transmissão de informação com a pessoa/família em cuidados intensivos e entre enfermeiros em contexto de cuidados intensivos.*

Durante o estágio no SCI, foi possível participar na comunicação de más notícias aos familiares de doentes ao qual foi decidido realizar limitação terapêutica. Verificou-se ser uma mais valia o trabalho realizado no estágio da Unidade Curricular “A Pessoa em Situação Crítica e Família: Vigilância e Decisão Clínica”, desenvolvido no Serviço de Urgência, o qual abordou a temática da transmissão de más notícias utilizando o protocolo SPIKES (S- Setting up, P- Perception, I- Invitation, K- Knowledge, E- Emotions, S- Summary/ Strategy).

A família foi recebida num gabinete, com condições que proporcionam tranquilidade, privacidade e conforto. Os profissionais seguiram os passos protocolados por Buckman (1992) da mnemónica SPIKES. A família foi acompanhada neste processo de dor, e só se suspenderam as medidas invasivas, após ter sido informada a família do que se iria passar para que pudessem decidir ficar até ao fim, ou despedirem-se do seu familiar antes disso ocorrer.

No SCI, foi possível falar com os familiares do doente crítico a vivenciarem processos de mudança da sua rotina diária. Apresentavam-se frágeis por saberem que a situação do seu familiar era grave, podendo ter um desfecho fatal. Procuravam obter informação relativa à ausência de sofrimento do seu familiar, para poderem encontrar tranquilidade no meio daquele ambiente hospitalar desconhecido. Foi possível estabelecer relação terapêutica com o filho de uma doente a quem foi definida limitação terapêutica, podendo fazer parte do processo de comunicar más notícias.

Durante um dos turnos, foi realizado o acompanhamento do enfermeiro responsável de serviço durante os turnos da manhã em dias úteis no SCI. É detentor do grau de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, e desempenha funções de gestão de cuidados, gestão de material, vigilância epidemiológica, auditorias aos registos de enfermagem,

entre outras funções. A função de responsável de serviço compete ao enfermeiro especialista, por ser o profissional mais bem preparado e com competências na área da gestão. Foi verificada assim, a importância do enfermeiro especialista, como aquele que melhor está habilitado para ser o líder no conhecimento, nas capacidades de organização dos cuidados de enfermagem e a antecipar as respostas às necessidades em cuidados, de forma adequada e segura, utilizando a investigação para fundamentar a sua tomada de decisão. Espera-se, assim, que o enfermeiro especialista vá mais além do que é prescrito para executar, deve ser capaz de ser criativo, mostrar iniciativa e responsabilidade, fazendo face às contrariedades que possam surgir, tendo por meta evoluir as competências que possui bem como desenvolver outras que ainda não seja detentor.

Foi verificado que no SCI está implementado a utilização do Diário do doente, como forma de comunicar por escrito e por imagem fotográfica, a evolução clínica do doente. Neste Diário os profissionais de saúde e a família fazem um relato diário do que se passou com aquele doente durante o seu internamento em cuidados intensivos, fornecendo assim informação a esse doente após a sua alta clínica. Tem como objetivo fornecer informação sobre o desenvolvimento do internamento, com o propósito de ajudar a completar lacunas de memória que possam ter ocorrido durante esse período. Os enfermeiros e médicos do SCI, numa conversa informal, consideram a utilização do Diário uma forma personalizada e humanizada de cuidados, levando o doente a compreender melhor tudo o que passou durante o internamento em cuidados intensivos, bem como, ajuda na recuperação do SPICI no que diz respeito às sequelas psicológicas.

Desenvolveu-se uma interação comunicacional com toda a equipa de saúde do SCI, bem como com o doente/família, de forma assertiva, atendendo às características de cada utente e adequando a comunicação em consonância com os mesmos.

No SCI verificou-se, através da observação participativa e conversas informais com os elementos da equipa de enfermagem, uma preocupação no que diz respeito à transmissão de cuidados aquando da passagem de turno, ou na transferência de doentes para outras unidades. Revelaram ter conhecimento sobre a norma para a utilização da mnemónica ISBAR (Identify, Situation, Background, Assessment e Recommendation) emanada pela DGS, mas a mesma não é utilizada de forma efetiva pela maioria dos elementos da equipa.

Existe, no SCI, uma folha para a passagem de turno e transferência de doentes, mas a mesma não tem grande adesão por parte dos enfermeiros do serviço.

Com vista à aquisição de competências relacionadas com a promoção e avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem, foi elaborado um projeto de Intervenção direcionado para a área da qualidade e segurança dos cuidados, relativa à comunicação de informação durante a transição de cuidados na passagem de turno, utilizando como ferramenta a técnicas ISBAR para a comunicação eficaz de enfermagem.

A transferência de doentes entre profissionais de saúde, é um evento de alto risco no processo de cuidado, uma vez que a má transmissão de informação clínica entre profissionais de saúde, leva a erros evitáveis e a eventos adversos, colocando em risco a segurança do doente. Os doentes que têm alta de Cuidados Intensivos ou cujos cuidados são transferidos para outro profissional na passagem de turnos, são particularmente vulneráveis a más transferências, devido à complexa fisiologia da sua condição de saúde, pelo que pode ocorrer omissão de informação importante para a continuidade dos cuidados. Verificam-se déficits na comunicação, coordenação dos cuidados e troca de informações entre os profissionais de saúde de Cuidados Intensivos, aumentando assim o risco de ocorrerem erros e de resultarem eventos adversos graves, readmissões e aumento da mortalidade (Van Sluisveld, et al. 2015).

Foi verificado, através da observação e conversa informal com os tutores do estágio, a necessidade de encontrar uma forma eficaz de transmitir informação, que previna a ocorrência de omissão de informação importante para a continuidade dos cuidados prestados aquando a transferência de cuidados ao doente internado no SCI. Para ir ao encontro desta necessidade de melhoria na comunicação de informação foi elaborado um Projeto de Intervenção com o tema “Comunicação Instrumento do cuidar” (Apêndice A).

Para a concretização deste projeto de intervenção, foram elaborados os seguintes objetivos:

OBJETIVO GERAL: Implementar no SCI uma estratégia eficaz de comunicar a informação relativa à pessoa em situação crítica, garantindo a continuidade dos cuidados de saúde e a segurança do doente, na procura da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no contexto de cuidados intensivos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar problemas na comunicação durante transição de cuidados;
- Identificar estratégias de comunicação eficaz, para melhorar a segurança na comunicação durante a transmissão de informação;
- Apresentar proposta de folha de transferência de doentes.

Foi feita uma revisão da literatura na base de dados MEDLINE (Medical Literature On-Line), bem como leitura de material pertinente sobre o tema em questão, no sentido de ampliar o conhecimento e verificar como se encontra o estado da arte.

Segundo Polit, Beck e Hungler (2006), “*O propósito geral de uma revisão de literatura de pesquisa é reunir conhecimentos sobre um tópico. O uso em que esse conhecimento será aplicado são variados*” (p.125).

Foram operacionalizados descritores na base de dados Medical Subject Headings (MeSH), são eles: Communication, Handover e Safety. Juntamente com os operadores booleanos: AND, OR, NOT, para ajudarem na pesquisa bibliográfica realizada na base de dados MEDLINE.

Foram utilizados como critérios de inclusão artigos cujo tema abordasse assuntos sobre comunicação/transferência de informação, cuja população alvo incluísse adultos, artigos de acesso livre; como critérios de exclusão não foram incluídos artigos em língua que não inglês, português e espanhol, e artigos que abordassem comunicação exclusiva entre técnicos pré-hospitalares ou entre médicos. Surgiram assim 235, através da leitura dos títulos e posterior leitura dos resumos foram selecionados dois artigos. A estes artigos foram acrescentados documentos pertinentes que abordassem o tema sobre comunicação de informação clínica de forma eficaz na transição de cuidados, garantindo a segurança do doente através da continuidade dos cuidados prestados.

A incidência de eventos adversos é referida frequentemente para ilustrar o impacto da segurança do doente na qualidade dos cuidados de saúde. A comunicação deficiente é um fator que contribui para mais de 60% de todos os eventos adversos hospitalares (Muller, et al. 2018).

No sentido de superar as barreiras na comunicação, é importante utilizar estratégias de comunicação, que exigem pouco tempo e esforço para serem executadas, fornecendo informações abrangentes de forma eficiente, estimulando a colaboração interprofissional e limitarem a probabilidade de erros. O instrumento SBAR e seus derivados ISBAR, SBAR-R, ISBARR e ISOBAR atendem a essa necessidade, sendo assim utilizados como uma ferramenta/técnica de comunicação e de transferência de informação intra-profissional e interprofissional, que aumenta a segurança do doente e considerada como a melhor prática atual para fornecer informações em situações críticas (Muller, et al. 2018).

Como forma de garantir uma cultura de segurança na prestação de cuidados de saúde de qualidade, através de uma comunicação eficaz, a DGS redigiu a norma nº 001/2017, de 08/02/2017 – Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, que visa a utilização da mnemónica ISBAR, aquando da transição de cuidados de saúde.

ISBAR é uma mnemónica que serve como auxiliar de memória, permite memorizar construções complexas que serão utilizadas na transmissão verbal de informação, cujas iniciais representam a primeira letra de palavras em inglês que correspondem a: I – Identify (Identificação), S – Situation (Situação atual), B – Background (Antecedentes), A – Assessment (Avaliação) e R – Recommendation (Recomendações). Considerada uma ferramenta de padronização da comunicação em saúde, reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados de saúde (DGS, 2017a).

A comunicação como ferramenta na prestação de cuidados é fundamental para garantir a segurança da pessoa em contexto hospitalar, especialmente quando existe transferência de responsabilidade na prestação de cuidados de saúde, como é o caso da passagem de turno e das transferências de doentes entre unidades. Sendo necessário implementar procedimentos normalizados para assegurar a comunicação contínua, estruturada e atempada de informação entre os profissionais de saúde, evitando erros na comunicação, que podem causar interrupção graves na continuidade de cuidados, podendo causar incidentes com dano para o doente. Para que isso não ocorra, a DGS redigiu a norma nº 001/2017, de 08/02/2017 – Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, que visa a utilização da mnemónica ISBAR (DGS, 2017a).

Foi, também, considerado tema importante e enquadrado como objetivo estratégico 2 do Plano Nacional para a Segurança do Doente 2015-2020, referindo que se deve “*Aumentar*

a *Segurança da Comunicação*”, através da elaboração de auditorias internas à transferência de informação nas transferências, transições e altas dos doentes (MS, 2015, p. 3882-3883).

Com o objetivo de realizar o diagnóstico da situação no contexto do SCI em relação à transmissão de informação aquando a passagem de turno, relativamente às recomendações nacionais e internacionais, foi feita uma auditoria após concordância da enfermeira chefe e tutores. De ressaltar que os resultados desta auditoria podem não traduzir a realidade da situação, estando sujeitos a vieses inerentes à não aplicação de uma metodologia científica. Este facto deve-se a constrangimentos de tempo relacionados com cumprimento das datas de estágio. A Observação Direta foi feita utilizando como instrumento de colheita de dados uma Grelha de Observação e respetivo documento descritivo dos itens (Apêndice B), baseada na norma 001/2017 de DGS, sobre comunicação eficaz na transição de cuidados.

Segundo Quivy e Campenhoudt (2005), a “*Observação Direta é aquela em que o próprio investigador procede diretamente à recolha das informações, sem se dirigir aos sujeitos interessados*” (p.165).

A observação foi feita de 29 de setembro a 6 de outubro de 2018, em todas as passagens de turno durante o briefing, a todos os enfermeiros que executaram a transmissão de informação, utilizando uma grelha para registo.

Esta foi feita aquando da passagem de turno, sem o conhecimento dos observados, numa amostra de conveniência. Foram registadas as observações de 14 passagens de turno, feitas por diferentes enfermeiros, em 4 momentos distintos entre 29 de setembro a 6 de outubro de 2018.

Realizou-se a análise e interpretação dos dados através dos gráficos obtidos com os resultados da grelha de observação. Da observação feita, verificou-se que existe uma transmissão de informação não estruturada, centrada na história clínica do doente, deixando elementos importantes dos itens da técnica ISBAR muito pobres em termos de conteúdo, podendo ocorrer a omissão por esquecimento de alguma informação clínica.

No sentido de facilitar a transmissão de cuidados, tornando a informação mais objetiva e estruturada, é proposta uma “Folha de Transferência de Doentes” (Apêndice C), baseada

na técnica ISBAR como aconselhado pela Norma 001/2017 da DGS, para ser utilizada durante a passagem de turno, ou na transferência de doentes para outro serviço, com a finalidade de garantir a continuidade dos cuidados prestados e promover uma cultura de segurança, garantindo uma melhoria na qualidade dos cuidados de saúde.

Como limitações na realização deste trabalho temos:

- Tempo reduzido para a elaboração do mesmo;
- Inexperiência da autora/investigadora;
- Subjetividade do observador que realiza a colheita de dados, devido ao alto risco de enviesamento nas escolhas a observar e nos registos das respetivas unidades de observação;
- Não foi realizado um pré teste ao instrumento de colheita de dados (grelha de observações);
- Amostra utilizada, das passagens de turno, era demasiado reduzida não se podendo inferir para a generalidade da população;
- Pesquisa bibliográfica reduzida, apenas utilizado uma base de dados e dois artigos científicos, não podendo inferir para a generalidade as conclusões retiradas do trabalho.

É aconselhado que de futuro se façam mais estudos no sentido de verificar se existe benefício na utilização da técnica ISBAR como estratégia eficaz na comunicação entre profissionais de saúde, aquando da transição de cuidados.

Com a elaboração deste Projeto de Intervenção, foi possível desenvolver conhecimentos e competências sobre métodos e técnicas de investigação que vão permitir o crescimento da investigação em enfermagem em contexto profissional, sendo também desenvolvidas as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista no Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade (OE, 2019, p.4747).

A convivência com pares e restante equipa de saúde em novos contextos, como foi o caso do estágio na UCIC, leva-nos a observar com outros olhos a realidade e a questionarmos sobre a prática realizada nesse contexto, fazendo possível a discussão informal sobre alguns assuntos pertinentes no momento, possibilitando a partilha de conhecimento e experiência, na procura de uma prática de qualidade baseada na evidência científica.

Numa situação na qual foi necessária a introdução de um CVC num doente internado na UCIC, foi verificado o cumprimento de todas as diretrizes emanadas pela DGS, na norma nº 022/2015 sobre Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção Relacionado com o cateter Venoso Central. Indagada a equipa de enfermagem sobre a respetiva norma, foi verificado o seu total desconhecimento, as intervenções desenvolvidas para a colocação do CVC eram realizadas seguindo as indicações médicas. Conseguiu-se obter a respetiva norma em suporte de papel, possibilitando a troca de conhecimentos entre pares, sendo possível comunicar com os enfermeiros que se encontravam na UCIC, sobre a importância de refletir a prática de forma a basear as intervenções de enfermagem em conhecimento adquirido através da pesquisa na evidência científica sobre o tema em questão.

Numa outra ocasião relativa a uma situação que ocorreu durante o turno da noite na UCIC, a enfermeira responsável de serviço durante o período noturno, relatou que o médico responsável de serviço não autorizou a permanência do familiar de um doente internado no serviço, em fase terminal que veio a falecer nessa mesma madrugada. O argumento do médico prendia-se à não permissão, por parte do diretor de serviço, da permanência de familiares de doentes no período noturno. A enfermeira que relatou o sucedido, não tinha conhecimento da legislação sobre o “*Acompanhamento familiar em internamento hospitalar*”, Lei nº 106/2009 de 14 de setembro, que na sua alínea 1, Artigo 3º, refere que “...as pessoas com doença incurável em estado avançado e as pessoas em estado final de vida, internadas em hospital ou unidade de saúde, têm o direito ao acompanhamento permanente de ascendente, de descendente...” (Diário da República [DR], 2009, p. 6254). Foi possível fornecer a respetiva Lei sobre o acompanhamento da família dos doentes em internamento hospitalar às enfermeiras da UCIC. Juntamente com a enfermeira chefe, as enfermeiras do turno da noite e as do turno da manhã no qual estava incluída, foi desenvolvida uma comunicação informal sobre os direitos do acompanhante de doentes em fase terminal.

Participou-se nos registos de enfermagem no SClínico, compartilhando-se ideias e opiniões sobre a forma de representar os indicadores de enfermagem sensíveis aos cuidados de enfermagem, possibilitando os registos dos diagnósticos de enfermagem identificados à entrada e respetiva evolução ao longo do internamento do doente até à sua saída do serviço.

O SClínico é o sistema informático para as instituições do Sistema Nacional de Saúde, e insere-se na estratégia definida pelo MS para a área da informação clínica, nasce de duas anteriores aplicações que são o Sistema de Apoio ao Médico e o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem, prevê a uniformização dos registos clínicos garantindo a normalização da informação. Os diversos sistemas de informação têm sido desenvolvidos, implementados e atualizados com o objetivo de melhorar a qualidade da prestação e gestão de cuidados de saúde, e aumentar a eficiência, proporcionando uma melhoria nos serviços (MS, 2018).

Os relatos descritivos e interpretativos das práticas de enfermagem e das competências que lhe estão associadas são muito úteis, uma vez que as variações podem ser comparadas sendo possível verificar a eficácia das práticas. O contexto onde se efetua a descrição da prática, também deve ser tomado em consideração, porque cada ser humano que recebe os cuidados de enfermagem tem a sua própria interpretação e responde de diferente forma aos cuidados que recebe, tendo em conta o envolvimento total ou não por parte do enfermeiro (Benner, 2001).

Através dos registos clínicos torna-se possível dar visibilidade aos Indicadores suscetíveis aos cuidados de enfermagem, possibilitando a constatação concreta dos ganhos em saúde associados aos cuidados prestados pela equipa de enfermagem.

Indicador é definido, pela Joint Commission American Hospital Organization, como uma unidade de medida de uma atividade, estando relacionado com uma medida quantitativa que pode ser utilizada como um guia para monitorizar e avaliar a qualidade assistencial e as atividades de um serviço, é um sinalizador que dirige os resultados de uma organização de saúde, para isso ser possível é necessário que exista um sistema de informação capaz de produzir elementos para a construção dos indicadores (Kurcgant, Rizzato & Melleiro, 2006)

O doente internado na UCIC é um doente cujas patologias principais são a Síndrome Coronária Aguda causada por Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) ou Angina Instável, Arritmias graves e Insuficiências Cardíaca descompensada, que requerem meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. São doentes conscientes, com plena noção da gravidade da situação que os levou para aquela unidade, ansiosos e angustiados pela sua situação de saúde.

Tornou-se fundamental desenvolver uma comunicação efetiva com o doente, informando-o sobre todos os procedimentos a que seria submetido, garantindo a sua compreensão, fornecendo-lhe apoio emocional, ambiente tranquilo e livres de fatores stressantes ao longo do seu internamento na UCIC.

A comunicação com o doente internado na UCIC é fundamental para manter e assegurar a sua tranquilidade, uma vez que alterações emocionais podem acarretar disritmias graves no doente cardíaco. Os problemas associados ao coração aportam grande ansiedade no doente, uma vez que associam a vida e a morte ao fato de o coração funcionar ou parar de funcionar.

O tratamento do EAM deve ser acompanhado com estratégias de prevenção como é o caso da otimização terapêutica, modificação dos fatores de risco e alteração de estilo de vida, pretendendo-se assim a redução da mortalidade e da morbilidade, sendo fundamental avaliar a adesão a estas recomendações em consulta, idealmente a cada 6 meses (Wijns et al., 2010).

As doenças crónicas são responsáveis por 80% da mortalidade na europa, sendo a principal causa de morte a doença do sistema cardiovascular, a sua prevalência e incidência está condicionada por fatores de risco individuais e sociais (MS, 2018).

Na origem da maioria das doenças que pode levar à perda de qualidade de vida ou à morte estão associados fatores de risco como o tabagismo, a má nutrição, o excesso de peso, o consumo excessivo de álcool e o sedentarismo, que são passíveis de serem modificados e assim evitáveis, tornando-se prioritário medidas que levem à promoção da saúde e à prevenção da doença (MS, 2018).

Foram criados programas específicos para combater os fatores de risco responsáveis pela maioria das doenças crónicas, estando incluída a doença coronária, programas para o tabagismo, alimentação saudável, atividade física, diabetes, doenças cérebro cardiovasculares, doenças oncológicas e doenças respiratórias (MS, 2018).

É através da comunicação de informação sobre comportamento saudável e conhecimento sobre o estado de saúde e da terapêutica a utilizar, que se vai capacitar a pessoa a níveis de educação mais elevados fazendo com que sejam menos propensas para sofrerem de

doença crônica, sendo nestes indivíduos que se verificam níveis de prevalência mais baixa de hipertensão arterial, diabetes e obesidade (MS, 2018).

Foi possível, para além do apoio emocional que visava a tranquilidade do doente, realizar-se ensino ao doente/família sobre a importância da adesão ao regime terapêutico e de hábitos de vida saudáveis para manter o bom funcionamento cardiovascular e prevenir novo evento cardíaco, contribuindo assim para a comunicação de informação que capacita o doente/família para níveis mais elevados de educação na prevenção de fatores de risco cardiovasculares.

Constatou-se a existência de uma consulta de enfermagem, destinada a doentes que tiveram eventos cardíacos com necessidade de internamento e tratamento para o mesmo, que se enquadra na consulta de reabilitação cardíaca. A primeira consulta é agendada ao fim de 3 meses da alta e as seguintes após 6 meses, e tem como finalidade verificar as queixas dos doentes e família, a sua adesão ao regime terapêutico, bem como a modificação de fatores de risco e alterações de estilo de vida. Faz-se a avaliação dos parâmetros vitais e índice de massa corporal para averiguar alterações de agravamento, principalmente no peso corporal. É realizado aconselhamento terapêutico e orientação para outras especialidades caso se verifique algum tipo de necessidade no doente.

O enfermeiro destacado para a consulta de reabilitação cardíaca é uma enfermeira com Especialidade em Enfermagem Médico Cirúrgica, por ser considerada a pessoa que possui conhecimentos e competências que lhe permitem lidar com questões complexas, desenvolver soluções e emitir juízos em situações com informações limitadas e incompletas. É também, o elemento principal que procura a promoção da saúde, a excelência do exercício da profissão de enfermagem, ajuda o doente/família a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrentes de doença, com o sentido de que alcance o máximo potencial de saúde; realiza o ensino, instrução e treino do doente face à readaptação funcional, bem como proporciona satisfação do cliente/família nos diversos contextos de atuação (OE, 2018).

Durante a permanência na UCIC as intervenções formativas realizadas foram informais, utilizando momentos como os finais de passagem de turno para falar sobre situações que decorreram do mesmo e partilhar experiências de forma sustentada com o conhecimento adquirido durante a fase teórica do mestrado, possibilitando a reflexão de novas formas

de estar e ver a prática de enfermagem, no sentido da promoção da melhoria constante dos cuidados prestados ao doente crítico.

Em conversa informal com a tutora, outros profissionais de enfermagem que se encontravam no serviço e enfermeira chefe, foi constatada a inexistência de um procedimento estruturado para a transição de cuidados de enfermagem, bem como o desconhecimento sobre a norma emanada pela Direção Geral de Saúde (DGS) 001/2017 – Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, que recomenda a utilização da técnica ISBAR (Identify, Situation, Background, Assessment e Recommendation) na transição de cuidados de saúde.

Foi constatado ser uma mais valia realizar a divulgação do trabalho em forma de póster neste campo de estágio, para dar a conhecer uma forma estruturada e recomendada por peritos para a transmissão de informação na transição de cuidados, de forma a assegurar a continuidade desses cuidados e garantir a segurança do doente crítico internado na UCIC, aquando da sua transição de cuidados.

Foi proposto, assim, a elaboração de um trabalho em forma de póster como meio mais abrangente de divulgação de informação ao maior número de profissionais de saúde, sobre a importância da utilização de uma técnica como a ISBAR aquando da transmissão de informação na transição de cuidados, garantindo a continuidade dos cuidados de forma a manter padrões elevados na qualidade dos cuidados de enfermagem.

Para a realização do póster, foi dada continuidade à pesquisa efetuada no campo de estágio do SCI, tendo sido os conteúdos adaptados ao novo contexto.

Este póster, realizado no UCIC, teve como título “COMUNICAÇÃO INSTRUMENTO DO CUIDAR” (Apêndice D) e respeitou as orientações científicas recomendadas para a elaboração de pósteres, encontrando-se organizado em três partes, introdução (finalidade e objetivos), desenvolvimento (identificação de alguns problemas de comunicação, das consequências que podem advir com os erros na comunicação, expostas algumas propostas para uma comunicação eficaz, dando maior ênfase ao modelo da técnica ISBAR baseada na Norma nº 001/2017 da DGS) e conclusão, em que é refletida a importância de todos os elementos de uma mesma organização para o sucesso da diminuição do erro.

Para que ocorra o desenvolvimento do conhecimento, numa disciplina profissional, é fundamental que ocorra um processo cumulativo, partilhado por todos os membros da profissão (Fortin, 2000). Essa partilha de conhecimento foi tornada realidade através da execução do póster, com o intuito de abarcar o maior número de profissionais de saúde a terem contacto com o tema em questão.

Através da observação, execução e aprofundamento teórico, bem como da revisão bibliográfica, com o propósito de elevação e atualização do conhecimento na área de cuidados intensivos, foi conseguido atingir o objetivo 4 – *“Desenvolver competências na área da comunicação, utilizando técnicas que facilitem a transmissão de informação com a pessoa/família em cuidados intensivos e entre enfermeiros em contexto de cuidados intensivos”*.

Foi também possível atingir as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, unidade de competência 1.1 – *“Identifica as necessidades da pessoa (...) assegurando a detenção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação decorrente de patologias agudas ou crónicas e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos”*, a unidade de competência 1.2 – *“Concebe planos de intervenção, tendo como objetivo a adaptação aos processos de transição saúde/doença aguda ou crónica, perante situações decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos”*, bem como a unidade de competência 1.3 – *“Implementa as intervenções planeadas tendente à vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos decorrentes da doença (...)”* e da unidade de competência 1.4- *“Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde”*, sendo também desenvolvidas competências dentro da unidade de competências 2.1 – *“Gere os processos terapêuticos de prevenção, estabilização, manutenção e recuperação de situações decorrentes de doença aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos”*, assim como a competência 3 – *“Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequado”* (OE, 2018, p. 19360-19364). Também foi possível atingir as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, dentro da competência B – *“Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade”* e da competência D

– “Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (OE, 2019, p.4747-p.4749).

3.2 - Contributos para a Prática Profissional

A qualidade da prestação de cuidados de saúde é uma preocupação constante e atual da Direção Geral de Saúde sendo, por isso, consagrada no Plano Nacional de Saúde, tornando-se importante desenvolver estratégias e implementar intervenções urgentes com a perspetiva de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, uma vez que parte-se de uma premissa de que existe uma fraca cultura de segurança e qualidade, bem como uma deficiente organização dos serviços de saúde (Fradique & Mendes, 2013).

As intervenções desenvolvidas nos dois campos de estágio em contexto prático, foram importantes para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, atribuindo maior ênfase à área da segurança do doente aquando da transição de cuidados, através da utilização de uma comunicação eficaz fornecida por meio do conhecimento adquirido com a investigação no decorrer da revisão bibliográfica.

Com a realização dos estágios e elaboração do relatório tornou-se possível refletir na e sobre a profissão de enfermagem, permitindo desenvolver competências na área da especialidade, assim como, aumentar o raciocínio crítico, tendo por base a melhor evidência científica disponível, de forma a contribuir positivamente para a realização de cuidados de enfermagem de qualidade, na procura de uma enfermagem avançada.

Uma enfermagem avançada que se desvie do modelo biomédico que prevalece nas instituições de saúde, centrada no desenvolvimento do pensamento crítico para refletir sobre as práticas de enfermagem, que capacite o enfermeiro a encontrar de forma ativa as respostas para os problemas que lhe interessa resolver, que utilize o conhecimento científico e promova a prática de uma enfermagem de qualidade (Almeida & Coelho, 2010).

A qualidade do exercício da enfermagem está composta por inúmeras “*pequenas coisas*”, tão diversas, tão difíceis de observar e mensurar, mas que têm um grande peso quando diz respeito à vida e ao futuro de uma pessoa (Hesbeen, 2001, p.37).

São componentes essenciais a um cuidar de qualidade o acolhimento, o ouvir, a disponibilidade, a criatividade, associada aos conhecimentos científicos e às competências técnicas dos prestadores de cuidados (Hesbeen, 2001, p.43).

Torna-se complicado definir a Qualidade dos Cuidados, segundo Hesbeen (2001) referindo Alexandra Giraud “...a qualidade é uma noção vaga, difícil de definir e que varia no tempo e no espaço e, também, segundo as pessoas e os pontos de vista... a qualidade constitui uma linha em permanente evolução” (p. 47).

Uma prestação de cuidados de qualidade será realizada pela vontade do prestador de cuidados através da sua criatividade assim como dos seus recursos e aptidões pessoais, procurando a satisfação através dos resultados obtidos (Hesbeen, 2001, p153).

Segundo Watson (2002) “... Enfermagem e cuidados de saúde de qualidade, exigem hoje em dia um respeito humanista pela unidade funcional do ser humano” (p.52). O “...cuidar ... requer estudos sérios, reflexão, ação e uma pesquisa para novos conhecimentos que ajudarão a descobrir novos significados da pessoa e do processo de cuidar, durante as experiências saúde-doença” (p.56).

A qualidade dos cuidados adquire-se com a reflexão que se faz durante a prática, baseada na evidência científica e na experiência prática adquirida ao longo dos anos em contexto profissional.

A formação centrada na reflexão sobre as práticas, desenvolvida no âmbito da unidade curricular Estágio e Relatório Final, proporcionaram o desenvolvimento de competências dentro da área da especialidade, consideradas importantes para o exercício da profissão de enfermagem, no sentido utilizar a pesquisa em contexto profissional de forma a acrescentar valor às atividades desenvolvidas durante a prestação de cuidados de enfermagem.

O processo de reflexão-na-ação pode ser desenvolvido numa série de momentos combinados em contexto prático de ensino. Os profissionais reflexivos devem tentar criar espaços de liberdade e tranquilidade onde a reflexão-na-ação seja possível, uma reflexão na e sobre a prática (Schön, 1992).

Schön, defende que a formação do futuro profissional deve incluir uma forte componente de reflexão a partir de situações práticas reais, sendo esta a via possível para um profissional se sentir capaz de enfrentar situações novas e diferentes com as que se vai deparar

na vida real, assim como de tomar decisões apropriadas em situações de indefinição (Alarcão, 1996, p.12).

A prática reflexiva traz-nos de volta uma atitude na qual se procuram erguer os valores humanos num mundo demasiadamente poluído pelo racionalismo técnico (Alarcão, 1996, p.13).

Uma prática reflexiva é criada na formação inicial e desenvolve-se com a formação contínua (Schön, 1992).

Foi durante a realização dos estágios que esta reflexão-na-ação foi possível, desenvolvendo o conhecimento e adquirindo competências dentro da especialidade durante a prática, culminando com a realização do relatório onde se fez a reflexão da reflexão-na-ação, onde se refletiu o que se vivenciou durante a prática.

Segundo Schön, referenciado por Alarcão, inerente à prática dos bons profissionais está uma competência artística, que torna o profissionalismo eficiente, no qual o saber fazer está equiparado a uma sensibilidade artística. Esta competência, permite-lhes agir em situações indeterminadas, e assenta num conhecimento tácito presente nas suas ações mesmo que não tenham sido pensadas previamente. Este conhecimento é inerente e simultâneo às ações completando o conhecimento que lhes vem da ciência e das técnicas que estes profissionais também dominam (Alarcão, 1996, p.18).

O conhecimento na ação é “*o conhecimento que os profissionais demonstram na execução da ação*”, e manifesta-se espontaneamente à medida que uma ação é bem desempenhada (Alarcão, 1996, p.18).

Torna-se difícil ao profissional falar deste conhecimento na ação, no entanto é necessário falar dele, colocando-se numa perspetiva de auto-observação quando se reflete sobre as ações e se tenta descrever o conhecimento que lhe está subjacente. Estas descrições da ação têm um caráter estático tornando-se difícil a sua verbalização, isto porque o conhecimento na ação é dinâmico e resulta da reformulação da própria ação (Alarcão, 1996).

Por vezes tornou-se difícil exprimir por escrito as vivências e competências adquiridas em contexto prático de estágio, convém ressaltar que todo este percurso contribuiu para o crescimento pessoal e profissional, permitindo acrescentar novos saberes ao

conhecimento que vão proporcionar uma mais valia para o melhoramento das práticas profissionais.

Toda a vivência em contexto académico, focada nas respostas humanas sensíveis aos cuidados de enfermagem durante o processo de doença crítica da pessoa/família, tornou-se importante como fonte de conhecimento e reflexão, contribuindo de forma positiva para a melhoria da prática profissional, assim como, através do exemplo e entreajuda participar na melhoria da prática profissional dos pares.

4 - CONCLUSÃO

O enfermeiro é o profissional com reconhecida competência técnica, científica e humana para poder prestar cuidados de qualidade ao indivíduo, família, grupo e comunidade (OE, 2015a). A sua competência está alicerçada em conhecimento científico e técnico atualizado; personalidade equilibrada e humanista; capacidade de analisar os fenómenos de forma crítica, de tomar decisões, de agir perante o inesperado, de trabalhar em equipa multidisciplinar, e ter uma atitude de aprendizagem contínua, sendo esta a imagem que se tem de um profissional competente, o qual evidencia qualidade no seu desempenho profissional (Alarcão & Rua, 2005, p. 375).

De acordo com a alínea a) do nº1, do Artigo 97º - deveres em geral, do Código Deontológico de enfermagem, os enfermeiros têm o dever de exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem (OE, 2015a).

“Cuidar é a essência da enfermagem e o foco mais central e unificador da prática da enfermagem” (Watson, 2002, p.62). Enfermagem é a profissão que se centra no processo de cuidar, sendo a relação entre o enfermeiro e a pessoa/família parte fundamental no processo de cuidar e as competências comunicacionais ferramenta fundamental nesta relação.

Através de uma análise crítico-reflexiva tendo em vista o desenvolvimento de saberes sustentados na autoformação dinâmica, foi possível adquirir Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, assim como adquirir Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

É através da certificação de competências clínicas especializadas que o enfermeiro especialista assegura possuir um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica permitindo-lhe identificar as necessidades de

saúde do grupo-alvo e atuar nos diferentes contextos da vida da pessoa/família, em todos os níveis de prevenção (OE, 2019, p.4745).

O conhecimento é definido como “*conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação aprendida ou competência; conhecimento e reconhecimento da informação*” (OE, 2016, p. 47)”.

Todo o processo reflexivo, na análise teórica conjugada à prática durante este percurso de aprendizagem, desenvolveu uma mudança de comportamento e de atitude enquanto profissional de enfermagem e futura Enfermeira com o grau de Mestre em Enfermagem e a Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, contribuindo, assim, para a evolução do conhecimento científico e técnico na área do doente crítico, enriquecendo este processo formativo de forma produtiva e gratificante.

Foram importantes todas as atividades realizadas em contexto prático de estágio e que se desenrolaram no âmbito dos saberes, o saber fazer cuidados de enfermagem de qualidade mantendo a segurança de todos os intervenientes e intervenções; o saber ser/estar enfermeiro focado no cuidar do outro respeitando a sua autonomia e dignidade; e o saber do conhecimento na procura constante de diretrizes, que orientem a profissão de enfermagem no rumo de uma enfermagem avançada focada na melhoria contínua dos cuidados de enfermagem. Foram todos estes saberes desenvolvidos nos campos de estágio que se tornaram fundamentais para a aquisição de Competências Especializadas na área Médico-Cirúrgica, mais especificamente ao doente crítico.

Durante o desenvolvimento do primeiro estágio, no SCI, foi realizado um Projeto de Intervenção, que se iniciou aquando da verificação da preocupação por parte dos enfermeiros, relativa à transmissão de informação durante a transferência do doente. Este trabalho foi importante na medida em que permitiu fazer o diagnóstico de situação tendo em foco as práticas relativas à qualidade dos cuidados, nomeadamente no que diz respeito à segurança do doente, durante o processo de comunicação de informação na transição de cuidados. Com a realização deste trabalho, contribuiu-se para a melhoria dos cuidados prestados através da elaboração de uma folha de transferência de doentes, proposta para ser utilizada pela equipa de enfermagem do SCI, no sentido de facilitar e estruturar de forma organizada a informação do doente, aquando da transferência de cuidados. Esta “Folha

de Transferência de Doentes”, seguiu a estrutura da técnica ISBAR recomendada pela DGS.

Através da realização destes trabalhos foi possível desenvolver conhecimentos e competências no domínio da gestão da comunicação interpessoal (OE, 2018), domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais e domínio da melhoria contínua da qualidade (OE, 2019).

No segundo estágio, na UCIC, verificou-se a necessidade de divulgar uma técnica estruturada para a transferência de doentes durante a transmissão de cuidados, uma vez constatada a inexistência de um procedimento estruturado para a transição de cuidados, assim como era desconhecida a técnica ISBAR para a comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Foi realizado um póster com o tema “Comunicação Instrumento do Cuidar”, para divulgar uma forma de comunicar de forma segura a informação do doente aquando da transição de cuidados, dando a conhecer aos enfermeiros da UCIC a técnica ISBAR emanada e aprovada pela DGS.

Como principal dificuldade e limitação foi principalmente a falta de tempo para a realização das exigências académicas e em simultâneo para as demandas profissionais e pessoais que diariamente tiveram de ser superadas.

Durante todo o percurso formativo tornou-se fundamental realizar a análise e reflexão da enfermagem como profissão com diversos saberes, levando ao desenvolvimento profissional e pessoal, através da introspeção das situações vivenciadas durante este trajeto.

Uma das características da profissão é o aumento do seu corpo de conhecimento próprio, dando-lhe a base científica que lhe permitirá fundamentar cada vez mais as suas práticas, exigindo aos enfermeiros uma atualização permanente e um investimento pessoal na aprendizagem ao longo de toda a sua vida profissional (Vieira, 2017, p.108).

5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcão, I. (1996). Reflexão crítica sobre o pensamento de D. Schön e os programas de formação de professores. *Revista da Faculdade de Educação*, 22(2), 11-42. Disponível em: www.revistas.usp.br/rfe/article/view/33577/36315

Alarcão, I. & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, Estágios Clínicos e Desenvolvimento de Competências. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14(3), p. 373-382. Disponível em: www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08.pdf

Almeida, S., & Alves, L. B. (2010). Disritmias peri-paragem. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 26(3), 295-302. Disponível em: www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/11185/10911

Almeida, A., & Coelho, P. (2010). Enfermagem Avançada: conhecer a história para planejar o futuro. Comunicação Livre.

Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., Ely, E. W., Gélinas, C., Dasta, J. F., ... & Coursin, D. B. (2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Critical care medicine*, 41(1), 263-306. Disponível em: https://journals.lww.com/ccmjournal/Fulltext/2013/01000/Clinical_Practice_Guidelines_for_the_Management_of.29.aspx
ou: <https://sci-hub.tw/10.1097/CCM.0b013e3182783b72>

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Edição Comemorativa. Tradução: Ana Albuquerque Queirós com a colaboração de Belarmina Lourenço. Coimbra. Editora Quarteto.

Buckman, R. (1992). How to break bad news: A guide for Health care professionals. The Journal of the Canadian Chiropractic Association. [em linha]. Vol.37, Nº2 (junho, 1993), p.121-122. Acedido em: 06/08/2018. Disponível: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2484975/>

Camelo, S. H. H., Pinheiro, A., Campos, D., & de Oliveira, T. L. (2009). Auditoria de enfermagem e a qualidade da assistência à saúde: uma revisão da literatura. *Revista*

Eletrônica de Enfermagem, 11(4), 1018-25. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/33258/17594>.

Carmona-Monge, F. J., Jara-Pérez, A., Quirós-Herranz, C., Rollán-Rodríguez, G., Cerri-illo-González, I., García-Gómez, S., ... & Marín-Morales, D. (2013). Carga de trabalho em três grupos de pacientes em uma UTI espanhola segundo Nursing Activities Score. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(2), 335-340. Disponível em: www.periodicos.usp.br/reeusp/article/view/58509/61503

Coelho, W. (2014). Assistência de enfermagem na monitorização hemodinâmica. *Manuais para provas e concursos em enfermagem, 1*. Disponível em: <https://www.editora2b.com.br/images/p/Capítulo%201.pdf>

Córdova, E. S. M., Santos, L. R., Toebe, D., Moraes, M. A. P., & Souza, E. N. (2018). Incidência de complicações hemorrágicas com o uso de pulseira de compressão radial: estudo de coorte. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52, e03410. Epub 10 de dezembro de 2018. Disponível: <https://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017041003410>

Diário da República, (2009). Lei nº 106/2009 de 14 de setembro. Acompanhamento familiar em internamento hospitalar. *Diário da República nº 178/2009 – I Série*. Lisboa: Assembleia da República, p. 6254-6255. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/489906>

Diário da República, (2014). Lei nº 15/2014 de 21 de março. Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. *Diário da República nº 57/2014 – Iª Série*. Lisboa: Assembleia da República, p. 2127-2131. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/571975>

D'Innocenzo, M., Feldman, L. B., Fazenda, N. R. D. R., Helito, R. A. B., & Ruthes, R. M. (2010). Indicadores, auditorias, certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde. In *Indicadores, auditorias, certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde* (pp. 208-208).

Direção Geral de Saúde, (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório técnico final. Lisboa. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ms/8/pagina.aspx?codigoms=5521&=1&codigono=001100150133AAAAAAAAAAAAA>

Direção Geral de Saúde, (2012). Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). Norma DGS nº 029/2012 de 29/12/2012, atualizada a 31/10/2013.

Direção Geral de Saúde, (2013). Vigilância Epidemiológica das Resistências aos Antimicrobianos. Norma DGS nº 004/2013 de 08/08/2013, atualizada a 13/11/2015.

Direção Geral de Saúde, (2015a). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionado com Cateter Venoso Central. Norma DGS nº 022/2015 de 16/12/2015. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222015-de-161220151.aspx>

Direção Geral de Saúde, (2015b). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Norma DGS nº 021/2015 de 16/12/2015, atualizada a 30/05/2017.

Direção Geral de Saúde, (2015c). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. Norma DGS nº 019/2015 de 15/12/2015, atualizada a 30/05/2017.

Direção Geral de Saúde, (2017a). Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde. Norma DGS nº 001/2017 de 08/02/2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017.aspx>

Direção Geral de Saúde, (2017b). Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos 2017. Lisboa. ISSN: 2184-1810. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22532/1/Programa%20de%20Prevenção%20e%20Controlo%20de%20Infecções%20e%20de%20Resistência%20aos%20Antimicrobianos%202017.pdf>

Dores, H., Ferreira, J., Costa, F., Aguiar, C., Cardoso, G., Teles, R., ... & Neves, J. P. (2013). Choque cardiogénico no enfarte agudo do miocárdio: o que mudou nos últimos 10 anos?. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 32(9), 673-680. Disponível em: <http://www.revportcardiol.org/pt-choque-cardiogenico-no-enfarte-agudo-articulo-S0870255113000711?referer=buscador>

Fortin, M. F. (2000). O Processo de Investigação: da concepção à realização. 2ª Ed. Loures, Lusociência.

Fradique, M. D. J., & Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, (10), 45-53. Disponível em: www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832013000200006

Franzosi, O. S., Abrahão, C. L. D. O., & Loss, S. H. (2012). Aporte nutricional e desfechos em pacientes críticos no final da primeira semana na unidade de terapia intensiva. *Revista brasileira de terapia intensiva*. Vol. 24, n. 3 (jul./set. 2012), p. 263-269. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rbti/v24n3/v24n3a10

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e ação na Perspetiva do Cuidar*. Loures. Lusociência.

Jesus, É. H., Roque, S. M. B., & Amaral, A. F. S. (2015). Estudo RN4Cast em Portugal: Ambientes de Prática de Enfermagem. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Antonio_Amaral5/publication/289537196_Estudo_RN4Cast_em_Portugal_ambientes_de_pratica_de_enfermagem/links/568fd7bb08aed0aed810bbe0.pdf

Kurcgant, P., Rizzato T., D., & Melleiro, M. (2006). A construção de indicadores de qualidade para a avaliação de recursos humanos nos serviços de enfermagem: pressupostos teóricos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19 (1), 88-91. Disponível em: www.re-dalyc.org/html/3070/307023805014/

Martinez, B. P., Bispo, A. O., Duarte, A. C. M., & Neto, M. G. (2013). Declínio funcional em uma unidade de terapia intensiva (UTI). *movimento*, 5(1). Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/257169739_Functional_decline_in_intensive_care_unit_ICU

Ministério da Saúde (2012). Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem SCD/E. Relatório Anual 2011. Lisboa. Disponível em: www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/RELATÓRIO%20ANUAL%20SCDE%202011cpw.pdf

Ministério da Saúde (2013). Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos. Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avaliação-nacional-da-situação-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>

Ministério da Saúde (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Despacho nº 1400-A/2015. Diário da República. Série II, nº 28 de 10 de fevereiro de 2015. Disponível em: direitodamedicina.sanchoeassociados.com/arquivo/despacho-n-o-1400-a2015-ministerio-da-saude-aprova-o-plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2015-2020/

Ministério da Saúde (2018). Retrato da Saúde, Portugal. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf

Morgado, G., Pereira, H., & Caldeira, D. (2018). Adoção da estratégia invasiva precoce no enfarte agudo do miocárdio sem supra desnivelamento de ST: análise dos resultados do Registo Nacional de Síndromas Coronárias Agudas. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 37(1), 53-61. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870255116304334>

Muller, M., Jurgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W. E., & Stock, S. (2018). Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ open*, 8(8), e022202. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/8/8/e022202.full.pdf>

North American Nursing Diagnosis Association (2013). NANDA International. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA. Definições e classificação 2012-2014. Porto Alegre. Artmed.

Nunes, R. (2009). Proposta sobre suspensão e abstenção de tratamento em doentes terminais. *Revista Bioética*, 17(1). Disponível: www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/77/81

Ordem dos Enfermeiros (1998). REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de abril. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 122/2011. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série, N.º 35, de 18 de fevereiro de 2011, p. 8643-8653. Disponível em:

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Enquadramento Conceptual Enunciados descritivos. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2015a). Código Deontológico: Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2015b). Deontologia Profissional de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-989-8444-30-1.

Ordem dos Enfermeiros (2015c). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE-Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2016). CIPE® Versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Edição Portuguesa – Ordem dos Enfermeiros – maio de 2016.

Ordem dos Enfermeiros (2017). Padrões de Qualidade dos Enfermeiros Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 429/2018. Regulamento de Competências Específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Diário da República, 2ª série, n.º135, de 16 de julho de 2018, p. 19359-19370. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª série, n.º26, de 6 de fevereiro de 2019, p.4744-4750. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Médicos (2016). Regulamento nº 707/2016. Regulamento de Deontologia Médica. Diário da República, 2º série, nº139, de 21 de julho de 2016, p. 22575-22588. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/75007804>

Paiva, L., Dinis, P., Providência, R., Costa, M., Margalho, S., & Gonçalves, L. (2015). Encerramento percutâneo de forâmen ovale patente—registro da prevenção da embolia cerebral paradoxal. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 34(3), 151-157. Disponível em: <http://www.revportcardiol.org/pt-encerramento-percutaneo-foramen-ovale-patente-articulo-S0870255114003126?referer=buscador>

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2011). Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. Avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7ª Ed., São Paulo. Artmed Editora.

Polit, D. F., Beck, C. T. & Hungler, B. P. (2006). Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. Métodos, avaliação e utilização. 5ª Ed., Porto Alegre. Artmed Editora, p.124-143.

Queijo, A. F., & Padilha, K. G. (2009). Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(SPE), 1018-1025. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000500004&script=sci_arttext

Quivy, R. & Campenhoudt, L. C. (2005). Manual de Investigação em Ciências Sociais. 4ª Ed. Lisboa. Gradiva. Disponível em: <https://pt.scribd.com/doc/37937019/Quivy-e-Campenhoudt-Manual-de-Investigacao-em-Ciencias-Sociais>

Rassi, A., Marin-Neto, J. A., Sousa, A. G. M. R., & Devito, F. (2008). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia—intervenção coronária percutânea e métodos adjuntos diagnósticos em cardiologia intervencionista (II edição—2008). Disponível em: publicacoes.cardiol.br/consenso/2008/diretriz_INTERVENCAO_PERCUTANEA-9106.pdf

Reason, J. (2000). Human error: models and management. Department of Psychology, University of Manchester. *Bmj*, 320(7237), 768-770. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1070929/>

Santos, M. C. D., Grilo, A. M., Andrade, G., Guimarães, T., & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista portuguesa de saúde pública*, 47-57. Disponível em:

<https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/3120/1/Comunicação%20em%20saúde%20e%20a%20segurança%20do%20doente.pdf>

Schön, D. (1992). Formar professores como profissionais reflexivos. *Os professores e a sua formação*, 3, 79-91. Disponível em: https://s3.amazonaws.com/academia.edu/documents/37875068/FORMAR_PROFESSORES_COMO_PROFSSIONAIS_REFLEXIVOS_-DONALD_A._SCHON.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1547835480&Signature=M3VU2TBFIPdw3HrphhKXHVpskDA%3D&response-content-disposition=in-line%3B%20filename%3DFORMAR_PROFESSORES_COMO_PROFISSIO-NAIS_RE.pdf

Shinotsuka, C. R., & Salluh, J. I. F. (2013). Percepções e práticas sobre delirium, sedação e analgesia em pacientes críticos: uma revisão narrativa. *Rev Bras Ter Intensiva*, 25(2), 155-161. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rbti/v25n2/v25n2a14

Silva, J. M., Pedra, S., Fontes, V., Arnoni, D., Reyes, R., & Pontes, S. (2007). Experiência inicial com a utilização do dispositivo Cardia Intrasept no fechamento percutâneo do forame oval patente. *Rer Bras Cardiol Invasiva*, 15(4), 386-93. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Valmir_Fontes/publication/242542068_Experien-cia_Inicial_com_a_Utilizacao_do_Dispositivo_Cardia_Intrasept_no_Fechamento_Percutaneo_do_Forame_Oval_Patente/links/541ffb1f0cf2218008d42a25.pdf

Sousa, P. (2006). Patient safety: a necessidade de uma estratégia nacional. *Acta Médica Portuguesa*, 19(4), 309-318. Disponível em: https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/7828/1/Patient%20safety_a%20necessidade%20de%20uma%20estra- tegia%20nacional.pdf

Sousa, P. J., Teles, R. C., Brito, J., Abecasis, J., de Araújo Gonçalves, P., Calé, R., ... & Almeida, M. (2012). ICP primária no enfarte de miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST: tempo para intervenção e modos de referência. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 31(10), 641-646. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870255112001783>

Trigueiro, T. H., Labronici, L. M., Raimondo, M. L., & Paganini, M. C. (2010). Dilemas éticos vividos pelos enfermeiros diante da ordem de não reanimação. *Ciência, Cuidado e*

Saúde, 9(4), 721-727. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Maria_Pagani2/publication/277067862_Dilemas_eticos_vividos_pelos_enfermeiros_diante_da_ordem_de_nao_reanimacao_-_doi_104025-ciencucidsau-dev9i413824/links/597f74d3a6fdcc1a9acec038/Dilemas-eticos-vividos-pelos-enfermeiros-diante-da-ordem-de-nao-reanimacao-doi-104025-ciencucidsau-dev9i413824.pdf

Van Sluisveld, N., Hesselink, G., van der Hoeven, J. G., Westert, G., Wollersheim, H., & Zegers, M. (2015). Improving clinical handover between intensive care unit and general ward professionals at intensive care unit discharge. *Intensive care medicine*, 41(4), 589-604. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00134-015-3666-8>

Vieira, M. (2017). *Ser Enfermeiro: Da Compaixão à Proficiência*. 3ª Ed. Lisboa. Universidade Católica Editora. ISBN: 9789725405659.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures. Lusociência.

Wijns, W., Kolh, P., Danchin, N., Di Mario, C., Falk, V., ... & Knuuti, J. (2010). Guidelines on myocardial revascularization: the task force on myocardial revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *European heart journal*, 31(20), 2501-2555. Disponível em: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/31/20/2501/612228>.

6 - APÊNDICES

6.1- Apêndice A – Projeto de Intervenção no SCI



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

PROJETO DE INTERVENÇÃO:
“Comunicação Instrumento do Cuidar”

Estágio: Serviço de Cuidados Intensivos

Estudante: Filipa Alexandra Ribeiro dos Santos Moura

Sob orientação de: Ana Sabrina Sousa

Porto, Outubro de 2018

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

DGS – Direção Geral de Saúde

ISBAR – Identify, Situation, Background, Assessment e Recommendation

JCAHO – Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organizations

MeSH - Medical Subject Headings

OE – Ordem dos Enfermeiros

SCI – Serviço de Cuidados Intensivos

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos.

ÍNDICE

I – INTRODUÇÃO	97
II – ESTRATÉGIAS E METODOLOGIAS	105
III - INTERVENÇÃO	107
IV – CONCLUSÃO	115
V - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117
APÊNDICE I – Grelha de Observação e respectiva descrição	119
APÊNDICE II – Folha de Transferência de Doentes	127

Índice de Tabelas

Tabela 1. Artigos selecionados.....	106
-------------------------------------	-----

Índice de Figuras

Figura 1- Sequência ISBAR	110
Figura 2- ISBAR: I-Identificação	110
Figura 3- ISBAR: S-Situação atual	111
Figura 4- ISBAR: B-Antecedentes	111
Figura 5- ISBAR: A- Avaliação	112
Figura 6- ISBAR: R-Recomendações.....	112

I – INTRODUÇÃO

No âmbito do estágio no Serviço de Cuidados Intensivos da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, do terceiro semestre do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, desenvolvido no período compreendido entre a 10 de setembro de 2018 e 03 de outubro de 2018, num total de 180 horas de contacto, foi desenvolvido este Projeto de Intervenção com o tema “ Comunicação Instrumento do Cuidar”, o qual contribuiu para o desenvolvimento de conhecimentos baseados na praxis clínica em contexto de cuidados intensivos e de competências na área da especialidade.

O Serviço de Cuidados Intensivos (SCI) é um serviço de cuidados intensivos polivalentes de nível III, onde se prestam cuidados à pessoa em situação crítica com diversas patologias do foro cirúrgico e médico, com a exceção da especialidade de cirurgia cardiotorácica e neurocirúrgica.

Verificou-se uma preocupação por parte da equipa de enfermagem, relativa à transmissão de informação durante a transferência de doentes. No SCI existe uma folha para a passagem de turno e transferência de doentes, mas a mesma não tem grande adesão por parte dos profissionais, motivando assim a elaboração deste projeto de intervenção.

A transferência de doentes entre profissionais de saúde, é um evento de alto risco no processo de cuidado, uma vez que a má transmissão de informação clínica entre profissionais de saúde, leva a erros evitáveis e a eventos adversos, colocando em risco a segurança do doente. Os doentes que têm alta da UCI (Unidade de Cuidados Intensivos) ou cujos cuidados são transferidos para outro profissional na passagem de turnos, são particularmente vulneráveis a más transferências, devido à complexa fisiologia da sua condição de saúde, pelo que pode ocorrer omissão de informação importante para a continuidade dos cuidados. Verificam-se défices na comunicação, coordenação dos cuidados e troca de informações entre os profissionais de saúde da UCI, aumentando assim o risco de ocorrerem erros e de resultarem eventos adversos graves, readmissões e aumento da mortalidade (Van Sluisveld et al. 2015).

Os cuidados de saúde são prestados na procura constante de garantir a segurança do doente, no entanto tem sido um desafio a sua concretização, uma vez que o erro se encontra inerente à condição humana. Os profissionais de saúde sendo também humanos, tornam o erro uma possibilidade presente nos cuidados de saúde (Santos et al. 2010).

A segurança do doente é reconhecida internacionalmente como uma componente importante da Qualidade em Saúde (Sousa, 2006).

A Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), citado por Sousa, (2006), define Qualidade de Saúde: *“O modo como os serviços de saúde, com o atual nível de conhecimentos, aumentam a possibilidade de obter os resultados desejados e reduzem a possibilidade de obtenção de resultados indesejados”* (p.310).

Um dos objetivos estratégicos emanados pelo Plano Nacional para a Segurança do Doente 2015-2020, é o de *“Aumentar a Segurança da Comunicação”*, uma vez que a comunicação é considerada um pilar importante para a segurança do doente, principalmente quando ocorre transferência de responsabilidade da prestação de cuidados de saúde, como é o caso das transições, sendo fundamental que as instituições de saúde implementem procedimentos normalizados para assegurar uma comunicação precisa e atempada de informação entre os profissionais, assim como elaborar auditorias internas à transferência de informação nas transferências, transições e altas dos doentes para assegurar que são implementadas medidas seguras de comunicação (Ministério da Saúde, 2015, p.3882-(3)).

Sousa, (2006), refere que a segurança do doente é assegurada dificilmente, devido essencialmente à complexidade das organizações de saúde, ao carácter multifatorial das situações que estão por detrás dos erros de segurança e à sensibilidade relativamente ao tema (p.311).

Segundo Reason, (2000), o erro humano pode ser visto de duas maneiras: através da abordagem da pessoa e da abordagem do sistema. Na abordagem da pessoa, perspectiva antiquada, o erro está associado ao profissional de saúde e são decorrentes principalmente de processos mentais como o esquecimento, desatenção, falta de motivação, descuido, negligência e imprudência, sendo uma abordagem inadequada do erro no campo da saúde. Na abordagem do sistema, o erro é sempre esperado independentemente do tipo e qualidade da organização, uma vez que os erros são vistos como consequências, a montante, e

não como causas, decorrentes dos processos organizacionais dos locais de trabalho e não tanto na perspectiva da natureza humana (p. 768).

Quando se pretende estudar a segurança dos doentes, o enfoque é dado à análise da estrutura e do processo, no entanto não deve ser esquecido o resultado, uma vez que a identificação de um resultado menos favorável, de um erro ou evento adverso é indicador da existência de problemas ao nível do processo e da estrutura, sendo recomendado abordagens globais e integradas (Sousa, 2006).

As barreiras que previnem o erro humano na abordagem sistémica, estão compostas em forma de camadas defensivas sobrepostas, ocupando uma posição chave, cuja principal função é a de proteger potenciais vítimas de virem a sofrer dano consequente de possíveis erros, como é o caso dos doentes. Estas barreiras compostas em camadas, são equiparadas a fatias de queijo suíço contendo inúmeros orifícios, e o erro surge quando os orifícios das diferentes camadas se alinham, permitindo uma trajetória de oportunidade de acidente adverso (Reason, 2000).

A comunicação é considerada uma área importante no que diz respeito à segurança do doente, não só entre profissionais de saúde e doente/família, como entre os profissionais de saúde (Santos et al, 2010).

Uma adequada informação, que vá de encontro às necessidades da pessoa, contribui para o aumento da sua satisfação, aumenta a adesão ao regime terapêutico, reduz a ansiedade e diminui o tempo de internamento (Santos et al, 2010, p.49).

Segundo Santos, et al. (2010), as falhas na comunicação são uma das principais fontes de erro, e consequente risco para o doente e, está também relacionado com os maiores graus de insatisfação dos doentes, e com a grande parte das queixas apresentadas. Isto deve-se à natureza fragmentada e descentralizada dos serviços, que obriga o doente a passar por diferentes serviços/áreas de intervenção e consequente contacto com vários e diferentes profissionais de saúde, sendo a comunicação entre os profissionais de saúde um problema, potenciando a probabilidade de que ocorra o erro (p.50).

Segundo os mesmos autores, a falha de comunicação entre os profissionais de saúde podem conduzir à perda na continuidade dos cuidados prestados, a procedimentos

inadequados ou ineficazes, com potencial efeito negativo para o doente, constituindo-se como fonte de erro e má prática dos profissionais de saúde (Santos, et al. p.50).

Um dos momentos mais importantes na comunicação entre os profissionais de saúde acontece nas passagens de turno. Este momento, passagem de turno, é definido pela JCAHO em 2005, citada por Santos, et al. (2010), como: “*um processo de passagem de informação entre os profissionais de saúde que tem como missão a continuidade e segurança dos cuidados*” (p.52). Trata-se de um momento no qual se transfere a responsabilidade do cuidado para outro profissional de saúde, numa organização complexa onde o tipo de informação a ser transmitida diz respeito aos cuidados prestados, e que vai ter impacto na segurança do doente e conseguinte qualidade dos serviços.

As barreiras à qualidade da passagem de turno dizem respeito à omissão de dados importantes, transversais tanto na comunicação escrita como na oral, uma vez que os relatos e notas não contêm toda a informação considerada relevante para a segurança do doente (Santos, et al. 2010).

Segundo Santos et al (2010), alguns erros/barreiras na transmissão de informação dizem respeito a: informação insuficiente devido à omissão de dados importantes; falta de precisão e inconsistência na informação; permanente interrupção e ruídos constantes que dificultam a clareza da informação a ser transmitida; e a falta de competência individual a nível da comunicação devido à inexistência de formação nesta área (p. 52-53).

Para que a transmissão de informação se torne eficaz é fundamental que as instituições de saúde apoiem as equipas, através do fornecimento de recursos administrativos e financeiros, assim como através da formação e treino dos seus elementos sobre trabalho em equipa, comunicação, liderança e procedimentos de segurança. As competências comunicacionais devem ser entendidas como parte integrante da formação dos profissionais de saúde, e serem atualizadas sistematicamente, como ocorre com outras competências de ordem técnica (Santos, et al. 2010).

Como nos diz Reason: “*Não se pode mudar a condição humanas, mas pode-se mudar as condições nas quais os humanos trabalham*” (2000, p. 769).

Este autor refere ainda que *“assim como a medicina sabe mais sobre doenças do que sobre saúde, as ciências da segurança sabem mais sobre a causa dos efeitos adversos do que a forma como podem ser evitados”* (Reason, 2000, p.770).

A incidência de eventos adversos é referida frequentemente para ilustrar o impacto da segurança do doente na qualidade dos cuidados de saúde. A comunicação deficiente é um fator que contribui para mais de 60% de todos os eventos adversos hospitalares (Muller, et al. 2018).

A ocorrência de comunicação deficiente acontece sobretudo em UCI, Serviço de urgência e no período perioperatório, no qual a organização rápida e eficaz é indispensável, devido a serem locais onde os processos de comunicação são complexos e propensos a mal entendidos, sendo necessário, para superar essas barreiras comunicacionais, estratégias de comunicação que levem pouco tempo e esforço na sua execução, que forneçam informações abrangentes de forma eficiente, e que incentivem a colaboração interprofissional, limitando assim a probabilidade de ocorrerem erros (Muller, et al. 2018).

Reduzir a possibilidade da ocorrência de erros resultantes de uma comunicação deficitária, e diminuir assim o risco para o doente é fundamental, uma vez que permitirá aumentar a qualidade das intervenções prestadas pelos profissionais de saúde (Santos, et al. 2010).

Existem várias estratégias para melhorar as transferências de informação clínica entre a equipe de saúde durante a passagem de turno e entre as transferências do doente crítico no ambiente hospitalar. Foram realizados estudos nos quais foram avaliados formulários de transferência de doentes, como ferramenta para melhorar as informações transferidas entre a UCI e as enfermarias. Estes estudos encontraram uma melhoria estatisticamente significativa na redução de eventos adversos ou na continuidade dos cuidados (Van Sluisveld, et al. 2015).

Outros estudos examinaram os efeitos de um enfermeiro de ligação na UCI para coordenar o cuidado e a comunicação entre esta e os profissionais de saúde de outras unidades, concluindo-se que um enfermeiro de ligação teve um efeito estatisticamente significativo na continuidade de cuidados, através da comunicação coordenada da transferência dos doentes para outros serviços. O enfermeiro de ligação avaliou o conjunto de habilidades e os recursos da equipe da unidade, preparou a UCI e a enfermaria para a transferência,

avaliou as necessidades e forneceu apoio clínico e recursos para os enfermeiros da unidade de acordo com necessidades avaliadas (Van Sluisveld, et al. 2015).

O mesmo estudo recomenda, a implementação de enfermeiros de ligação para a melhoria da comunicação e coordenação dos cuidados entre profissionais de cuidados de saúde, assim como formas de transmissão de informação, utilizando ferramentas padronizadas que facilitem a transferência de doentes de forma atempada, completa e precisa, no sentido de melhorar a continuidade dos cuidados e reduzir eventos adversos evitáveis (Van Sluisveld, et al. 2015).

É importante definir estratégias que possibilitem orientar a ação dos diversos intervenientes com o objetivo primordial de reduzir ao máximo a probabilidade de ocorrerem danos adversos nos doentes, bem como contribuir para a prestação de cuidados de saúde de excelência, baseada na melhor evidência possível (Sousa, 2006). Os profissionais de saúde devem desenvolver uma cultura de segurança, promovendo a comunicação entre a equipa multidisciplinar ou interdisciplinar no sentido de avaliarem, decidirem e implementarem medidas que visem a redução do erro (Santos et al. 2010).

A comunicação de informação referente ao doente, utilizada para transferir os cuidados do mesmo para outro profissional, por vezes é considerada um dos problemas mais frequentes causadores de erro, podendo ocorrer interrupção nos cuidados prestados, sendo necessário definir estratégias para a sua resolução.

Para a concretização deste projeto de intervenção, foram elaborados os seguintes objetivos:

OBJETIVO GERAL: Implementar no SCI uma estratégia eficaz de comunicar a informação relativa à pessoa em situação crítica, garantindo a continuidade dos cuidados de saúde e a segurança do doente, na procura da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no contexto de cuidados intensivos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar problemas na comunicação durante transição de cuidados;
- Identificar estratégias de comunicação eficaz, para melhorar a segurança na comunicação durante a transmissão de informação;

- Apresentar proposta de folha de transferência de doentes.

II – ESTRATÉGIAS E METODOLOGIAS

Para a concretização dos objetivos propostos foi feita uma revisão da literatura na base de dados MEDLINE (Medical Literature On-Line), bem como leitura de material pertinente sobre o tema em questão, no sentido de ampliar o conhecimento e verificar como se encontra o estado da arte.

Por outro lado, para identificar problemas na comunicação durante a transição de cuidados, foi feita observação aquando as passagens de turno após a seleção da ferramenta mais adequada de transmissão de informação.

Através da pesquisa na literatura, a questão que se pretende dar resposta é: **“Qual a estratégia mais eficaz na transição de cuidados aquando da comunicação de informação durante as transferências de doentes?”**.

A pesquisa foi realizada entre 29 de setembro a 6 de outubro de 2018 com recurso aos descritores MeSH (Medical Subject Headings), Communication, Handover e Safety, juntamente com os operadores booleanos: AND, OR, NOT, para refinar a pesquisa bibliográfica.

Foram utilizados como critérios de inclusão para a seleção dos artigos:

- Artigos sobre comunicação/transferência de informação
- Artigos cuja população alvo incluísse adultos

Como critérios de exclusão foram definidos:

- Artigos cuja informação fosse exclusivamente médica
- Artigos que incluíam socorristas, técnicos pré-hospitalares
- Artigos de acesso restrito

Na procura da bibliografia na base de dados MEDLINE, utilizando os descritores e os operadores booleanos anteriormente descritos, surgiram 235 artigos.

Através do filtro “texto de acesso livre” obteve-se 72 artigos; com o filtro “últimos 5 anos”, ficaram 44 artigos e através do filtro “revisões sistemáticas” restaram 8 artigos.

Através da leitura dos títulos foram selecionados quatro artigos e com a leitura dos resumos foram selecionados dois artigos (tabela 1).

Tabela 1. Artigos selecionados

Autores (ano). Título	Objetivos
Muller, M. et al. (2018). Impact of the communication and Patient hand-off tool SBAR on Patient safety: a systematic review	Revisão sistemática da literatura para verificar a importância de utilizar ferramentas que facilitem a comunicação entre a equipa de saúde, contribuindo para a segurança do doente.
Van Sluisveld, N. et al. (2015). Improving clinical handover between intensive care unit and general ward professionals at intensive care unit discharge	Revisão sistemática da literatura para verificar a importância de existir um enfermeiro de referência, bem como ferramentas padronizadas que facilitem a transferência de doentes de forma precisa e atempada, no sentido de reduzir eventos adversos evitáveis.

Para além destes dois artigos, também foram analisados artigos que constam da bibliografia da Norma 001/2017 da Direção Geral de Saúde (DGS), da respetiva norma, bem como material abordado em sala de aula, que foram considerados pertinentes para estudar o tema em questão.

III – INTERVENÇÃO

A falha na comunicação é uma das principais causas de eventos adversos na rotina clínica, particularmente em situações de transmissão de informação. A ferramenta de comunicação SBAR (situação, histórico, avaliação e recomendação) foi desenvolvida para aumentar a qualidade da transferência e é amplamente assumida para aumentar a segurança do paciente (Muller, M. et al. 2018).

Santos, et al. (2010), sugerem como estratégias para ajudar os profissionais de saúde a melhorar a sua capacidade de comunicação, a utilização de informação escrita para complementar a transmissão de informação oral (p. 52).

No sentido de superar as barreiras na comunicação, é importante utilizar estratégias de comunicação, que exigem pouco tempo e esforço para serem executadas, fornecendo informações abrangentes de forma eficiente, estimulando a colaboração interprofissional e limitarem a probabilidade de erros. O instrumento SBAR e seus derivados ISBAR, SBAR-R, ISBARR e ISOBAR atendem a essa necessidade, sendo assim utilizados como uma ferramenta de comunicação e transferência de informação intra-profissional e interprofissional (Muller, et al. 2018, p.2).

A ferramenta SBAR é considerada uma técnica de comunicação que aumenta a segurança do doente e considerada como a melhor prática atual para fornecer informações em situações críticas (Muller, et al. 2018).

A comunicação, como ferramenta na prestação de cuidados, é fundamental para garantir a segurança da pessoa em contexto hospitalar, especialmente quando ocorre a transferência de responsabilidade na prestação de cuidados de saúde, como é o caso da passagem de turno e das transferências de doentes entre unidades. Sendo necessário implementar procedimentos normalizados para assegurar a comunicação contínua, estruturada e atempada de informação entre os profissionais de saúde, evitando erros na comunicação, que podem causar interrupção graves na continuidade de cuidados, podendo causar incidentes com dano para o doente. Para que isso não ocorra, a DGS redigiu a norma nº 001/2017, de 08/02/2017 – Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, que visa a

utilização da mnemónica ISBAR: – Identify, (Identificação), Situation (Situação atual), Background (Antecedentes), Assessment (Avaliação) e Recommendation (Recomendações), aquando da transição de cuidados de saúde.

Como forma de garantir uma cultura de segurança, na prestação de cuidados de qualidade através de uma comunicação eficaz, propõe-se a utilizando da técnica ISBAR para a transição de cuidados de saúde proposta pela DGS (DGS, 2017).

Segundo a alínea 1. Da Norma 001/2017 da DGS: “*A transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR*” (p. 1).

ISBAR é uma mnemónica que serve como auxiliar de memória, permite memorizar construções complexas que serão utilizadas na transmissão verbal de informação, cujas iniciais representam a primeira letra de palavras em inglês que correspondem a: I – Identify (Identificação), S – Situation (Situação atual), B – Background (Antecedentes), A – Assessment (Avaliação) e R – Recommendation (Recomendações). Considerada uma ferramenta de padronização da comunicação em saúde, reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados de saúde (DGS, 2017).

Identificação de problemas na comunicação durante transição de cuidados:

Com vista a identificar problemas na comunicação durante a transição de cuidados foi elaborada, como instrumento de colheita de dados, uma grelha de observação e respetiva descrição dos itens a serem observados (Apêndice I), baseada na norma 001/2017 da DGS. Através da observação direta da realidade aquando da passagem de turno dos enfermeiros do SCI.

Segundo Quivy, R. & Campenhoudt, L. C. (2005), a “*Observação Direta é aquela em que o próprio investigador procede diretamente à recolha das informações, sem se dirigir aos sujeitos interessados*” (p.165).

Foi realizada observação informal aos enfermeiros do SCI, durante a passagem de turno, no primeiro momento de passagem a que se refere de “briefing”. Elaborada grelha de

observação baseada na Norma nº 001/2017 da DGS sobre “*Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*”. Esta norma aconselha a utilização da técnica ISBAR (Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation) para aumentar a segurança do doente quando se dá a transição de cuidados de saúde. A mnemónica ISBAR, segundo a norma da DGS, deve ser utilizada na transmissão de informação, na transição de cuidados no caso particular das passagens de turno, assim como nas transferências de doentes entre unidades de saúde, com a finalidade de garantir a segurança do doente através da manutenção e continuidade dos cuidados prestados.

A observação foi realizada de 29 de setembro a 6 de outubro, em todas as passagens de turno durante o briefing, a todos os enfermeiros que executaram a transmissão de informação, utilizando a grelha de observação para registar o observado.

Foi informada a enfermeira chefe sobre o método de colheita de dados, sendo confirmada a não necessidade de pedido de autorizações formais nem o consentimento ao conselho de ética, uma vez que não apresenta “*Nenhum Risco Previsto*”.

Segundo Fortin (2000), “*Nenhum Risco Previsto, significa que a investigação não produz nenhum efeito favorável ou desfavorável nos sujeitos*” (p.118).

Foi efetuada uma observação dos enfermeiros do SCI durante a passagem de turno, sem o conhecimento dos participantes, utilizando uma amostra de conveniência na qual os enfermeiros incluídos seriam os que se encontravam a passar o turno nos dias de colheita de dados.

Resultados

O total das observações efetuadas foi de 14 passagens de turno, efetuadas por diferentes enfermeiros, em 4 momentos distintos, entre os dias 29 de setembro a 6 de outubro de 2018.

Foram elaborados gráficos para a interpretação dos dados recolhidos através da grelha de observação, que a seguir são apresentados.

1 - A transferência do doente segue a sequência da técnica ISBAR ?

14 responses

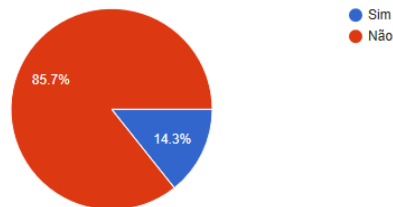


Figura 1- Sequência ISBAR

Verificou-se que relativamente à primeira questão da grelha de observação, “A transferência do doente segue a sequência da técnica ISBAR?” (figura 1), foi observado nesta amostra que 85,7% das passagens de turno observadas não seguiram uma sequência estruturada e organizada para transferirem a informação do doente.

2 - Na transferência do doente o 1º item: I - Identificação é:

14 responses

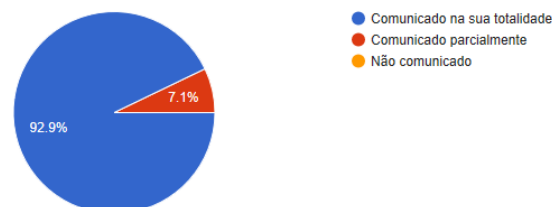


Figura 2- ISBAR: I-Identificação

Em relação aos itens que constituem a técnica ISBAR, o 1º item “I – Identificação” (figura 2), foi transmitida em 92,9% das passagens de turno observadas. Foi observada apenas uma passagem de turno na qual não foi transmitida na sua totalidade a informação referente à identificação do doente, faltando apenas um dos seus itens, o nome ou a idade.

3 - Na transferência do doente o 2º item: S - Situação atual/Causa de internamento é:

14 responses

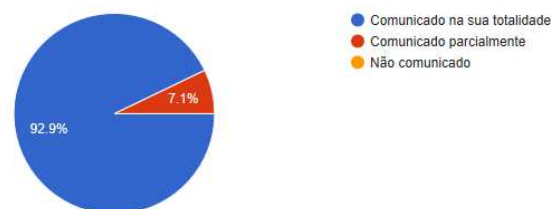


Figura 3- ISBAR: S-Situação atual

O mesmo resultado foi verificado no 2º item da ISBAR, “S – Situação atual/Causa do internamento” (figura 3). Apenas foi observada uma passagem de turno na qual a informação apenas foi comunicada parcialmente, faltando apenas um dos itens que a constitui, data de admissão/dias de internamento ou o diagnóstico.

4 - Na transferência do doente o 3º item: B - Antecedentes é:

14 responses

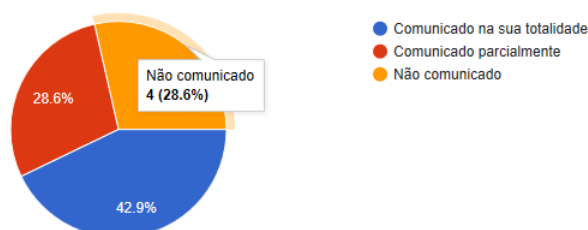


Figura 4- ISBAR: B-Antecedentes

Em relação à questão 4 da grelha de observação: “Na transferência do doente o 3º item: B – Antecedentes” da técnica ISBAR (figura 4), foi comunicada na sua totalidade em 42,9% das passagens de turno observadas, havendo 28,6% que foram comunicadas parcialmente ou então, com o mesmo valor percentual, não foram comunicadas.

5 - Na transferência do doente o 4º item: A - Avaliação é:

14 responses

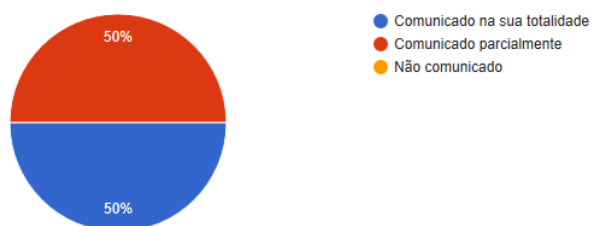


Figura 5- ISBAR: A- Avaliação

Na questão 5 da grelha de observação: “Na transferência do doente o 4º item: A – Avaliação” da técnica ISBAR (figura 5), verificou-se que na passagem de turno foi feita na sua totalidade 50% das vezes e nas restantes 50% das vezes a informação foi comunicada parcialmente.

6 - Na transferência do doente o 5º item: R - Recomendações/Plano de cuidados é:

14 responses

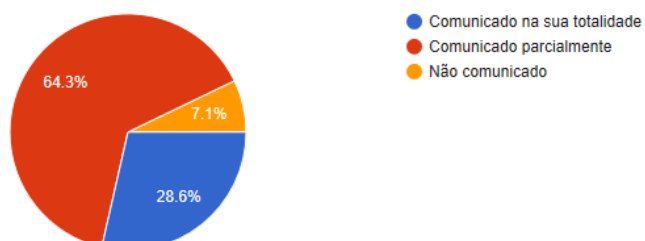


Figura 6- ISBAR: R-Recomendações

O último item da técnica ISBAR, “R – Recomendações/Plano de cuidados” (figura 6), foi apenas comunicado parcialmente em 64,3% das passagens de turno observadas, havendo 7,1% das passagens de turno que a informação não é comunicada.

Feito a análise dos resultados, verificou-se que existe uma transmissão de informação não estruturada, centrada na história clínica do doente, deixando elementos importantes dos itens da norma da ISBAR muito pobres em termos de conteúdo, podendo ocorrer a omissão por esquecimento de alguma informação.

No sentido de facilitar a transmissão de cuidados, tornando a informação mais objetiva e estruturada, foi proposta uma “Folha de Transferência de Doentes”, utilizando a técnica ISBAR, para ser utilizada durante a passagem de turno ou na transferência de doentes para outro serviço, com a finalidade de garantir a continuidade dos cuidados prestados e promover uma cultura de segurança (Apêndice II).

É aconselhado que de futuro se façam mais estudos no sentido de verificar se existe benefício na utilização da técnica ISBAR como estratégia eficaz na comunicação entre profissionais de saúde, aquando da transição de cuidados, dando assim resposta à questão de partida.

IV - CONCLUSÃO

Como limitações na realização deste trabalho surgiram vários obstáculos, devido à inexperiência da autora, no que diz respeito à realização de trabalhos de investigação, bem como outros fatores ocorridos durante o desenvolvimento do mesmo.

O obstáculo mais importante é a subjetividade do observador que realiza a colheita de dados, devido ao risco de enviesamentos nas escolhas a observar e no registo das respectivas unidades de observação (Fortin, 2000).

Não foi realizado pré teste à grelha de observações, levando a que algumas das questões fossem entendidas de forma subjetiva, ocorrendo dúvidas na escolha da resposta a assinalar durante a observação feita das passagens de turno.

As observações realizadas com grelha de observação, revelaram que a amostra não foi representativa, apenas foram efetuados registos de 14 passagens de turno de enfermagem, não se podendo inferir para a generalidade da população.

É necessário que no futuro se façam mais estudos para verificar se existe benefício na utilização da técnica ISBAR como estratégia eficaz na comunicação entre profissionais de saúde, aquando da transição de cuidados, dando assim resposta à questão de partida.

A segurança do doente através de cuidados de saúde eficazes e de qualidade, é definida pela Organização Mundial de Saúde, como a redução a um mínimo aceitável do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde (Muller, et al. 2018).

Com a realização deste trabalho, contribuiu-se com a elaboração de uma folha de transferência de doentes, proposta para ser utilizada pela equipa de enfermagem do SCI, no sentido de facilitar e estruturar de forma organizada a informação do doente aquando da transferência de cuidados.

Esta “Folha de Transferência de Doentes”, segue a estrutura da técnica ISBAR recomendada pela DGS, sendo entregue aos tutores de estágio para posterior divulgação e utilização no serviço.

A “Folha de Transferência de Doentes”, é um instrumento que auxilia a comunicação entre a equipa multidisciplinar e, contribui para garantir a continuidade dos cuidados ao doente e a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, através da prevenção de complicações e da promoção da saúde. Deste modo, a enfermagem é reconhecida como uma profissão de excelência, procurando a satisfação do cliente através da melhoria das práticas de enfermagem.

Perfilhando o pensamento da OE: “... *a qualidade exige reflexão sobre a prática – para definir objetivos do serviço a prestar, delinear estratégias para os atingir, o que evidencia a necessidade de tempo apropriado para refletir nos cuidados prestados*” (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p. 07).

V - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direção Geral de Saúde (2017). Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde. Norma DGS nº 001/2017 de 08/02/2017. Disponível em : <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017.aspx>

Fortin, M. F. (2000). O Processo de Investigação: da concepção à realização. 2ª Ed. Loures, Lusociência.

Ministério da Saúde (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Despacho nº 1400-A/2015. Diário da República. Série II, nº 28 de 10 de fevereiro de 2015. Disponível em: direitodamedicina.sanchoeassociados.com/arquivo/despacho-n-o-1400-a2015-ministerio-da-saude-aprova-o-plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2015-2020/

Muller, M., Jürgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W. E., & Stock, S. (2018). Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ open*, 8(8), e022202. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/8/8/e022202.full.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Enquadramento Conceptual Enunciados descritivos. Disponível em: <https://www.ordenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Polit, D. F., Beck, C. T. & Hungler, B. P. (2006). Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. Métodos, avaliação e utilização. 5ª Ed., Porto Alegre. Artmed Editora, p.124-143.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2011). Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. Avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7ª Ed., São Paulo. Artmed Editora.

Quivy, R. & Campenhoudt, L. C. (2005). Manual de Investigação em Ciências Sociais. 4ª Ed. Lisboa. Gradiva. Disponível em: <https://pt.scribd.com/doc/37937019/Quivy-e-Campenhoudt-Manual-de-Investigacao-em-Ciencias-Sociais>

Santos, M. C. D., Grilo, A. M., Andrade, G., Guimarães, T., & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. Revista portuguesa de

saúde pública, 47-57. Disponível em: <https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/3120/1/Comunicação%20em%20saúde%20e%20a%20segu-rança%20do%20doente.pdf>

Sousa, P. (2006). Patient safety: a necessidade de uma estratégia nacional. *Acta Médica Portuguesa*, 19(4), 309-318. Disponível em: https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/7828/1/Patient%20safety_a%20necessidade%20de%20uma%20estra-tegia%20nacional.pdf

Reason, J. (2000). Human error: models and management. Department of Psychology, University of Manchester. *Bmj*, 320(7237), 768-770. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1070929/>

Van Sluisveld, N., Hesselink, G., van der Hoeven, J. G., Westert, G., Wollersheim, H., & Zegers, M. (2015). Improving clinical handover between intensive care unit and general ward professionals at intensive care unit discharge. *Intensive care medicine*, 41(4), 589-604. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00134-015-3666-8>

6.2- Apêndice B – Grelha de Observação e Respetiva Descrição

OU

APÊNDICE I – Grelha de observação e respetiva descrição

Instrumento de colheita de dados

Grelha de Observação: “Comunicação Instrumento do Cuidar”

Data: _____ ; Observação N°: _____

1 - “ A transferência do doente segue a sequência da técnica ISBAR ?

Sim

Não

2 - “Na transferência do doente o 1º item: I - Identificação é:

Comunicado na sua totalidade

Comunicado parcialmente

Não comunicado”

3 - “Na transferência de doente o 2º item: S - Situação Atual/Causa de internamento é:

Comunicado na sua totalidade

Comunicado parcialmente

Não comunicado”

4 - “Na transferência do doente o 3º item: B – Antecedentes é:

Comunicado na sua totalidade

Comunicado Parcialmente

Não comunicado”

5 - “Na transferência do doente o 4º item: A – Avaliação é:

Comunicado na sua totalidade

Comunicado Parcialmente

Não comunicado”

6 - “Na transferência de doente o 5º item: R - Recomendações/Plano de cuidados é:

Comunicado na sua totalidade

Comunicado Parcialmente

Não comunicado

Grelha de Observação: definição descritiva dos pontos observáveis do instrumento de colheita de dados

“Comunicação Instrumento do Cuidar”

Realizada observação informal aos enfermeiros do Serviço de Cuidados Intensivos (SCI), durante a passagem de turno, no primeiro momento de passagem a que se refere de “briefing”. Elaborada grelha de observação baseada na Norma nº 001/2017 da Direção Geral de Saúde (DGS) sobre “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”. Esta norma refere a necessidade de utilizar a técnica ISBAR (Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation) na transição de cuidados de saúde. A mnemónica ISBAR, segundo a norma da DGS, deve ser utilizada na transmissão de informação, no caso particular das mudanças de turno ou nas transferências entre unidades, com a finalidade de garantir a segurança do doente através da manutenção e continuidade dos cuidados prestados.

A observação será realizada de 29 de setembro a 6 de outubro, em todas as passagens de turno durante o briefing, a todos os enfermeiros que executem a transmissão de informação, utilizando a grelha de observação para registar o observado.

Foi informada a enfermeira chefe sobre o método de colheita de dados, sendo confirmada a não necessidade de pedido de autorizações formais nem o consentimento ao conselho de ética.

Será efetuada uma observação informal de pares, sem o conhecimento dos participantes, numa amostra aleatória e de conveniência.

Foi constatada, que no SCI existe informação escrita sobre a técnica ISBAR emanada pela DGS, como também existe folha para a passagem de turno, no entanto, a mesma não utiliza a sequência nem a técnica ISBAR.

Foi elaborada uma grelha de observação com seis itens a observar e os respetivos critérios de inclusão. São eles:

1- A transferência do doente segue a sequência da técnica ISBAR?

- ✓ Sim
- ✓ Não

É considerada sequência da técnica ISBAR, quando a passagem de informação segue a ordem das iniciais da mnemónica ISBAR, 1º: I – Identificação; 2º: S – Situação Atual/Causa de internamento; 3º: B – Antecedentes; 4º: A – Avaliação; 5º: R – Recomendações/Plano de cuidados.

2 - Na transferência do doente o 1º item: I - Identificação é:

- ✓ Comunicado na sua totalidade
- ✓ Comunicado parcialmente
- ✓ Não comunicado

O 1º item: I – Identificação, é composta pela informação sobre:

- Nome do doente, primeiro ou último,
- Idade

Considera-se “Comunicado na sua totalidade” quando toda a informação contida no item é transmitida durante a passagem de turno. Considera-se “Comunicado parcialmente” quando apenas se transmite alguma da informação contida no item. Considera-se “Não comunicado” quando não é transmitida nenhuma informação do item.

3 - Na transferência de doente o 2º item: S - Situação Atual/Causa de internamento é:

- ✓ Comunicado na sua totalidade
- ✓ Comunicado parcialmente
- ✓ Não comunicado

O 2º item: S - Situação Atual/Causa de internamento, é composto pela informação sobre:

- Data de admissão/ dias de internamento
- Diagnóstico

Considera-se “Comunicado na sua totalidade” quando toda a informação contida no item é transmitida durante a passagem de turno. Considera-se “Comunicado parcialmente” quando apenas se transmite alguma da informação contida no item. Considera-se “Não comunicado” quando não é transmitida nenhuma informação do item.

4 - Na transferência do doente o 3º item: B – Antecedentes é:

- ✓ Comunicado na sua totalidade
- ✓ Comunicado Parcialmente
- ✓ Não comunicado

O 3º item: B – Antecedentes, é composto pela informação sobre:

- Antecedentes clínicos/cirúrgicos
- Alergias

No caso de o doente não ter antecedentes nem alergias deve-se referir que não tem antecedentes nem alergias para ser considerado “comunicado na sua totalidade”. Caso refira que não tem antecedentes e omita as alergias é considerado “comunicado Parcialmente”. Se não for referido nem antecedentes nem alergias é considerado “Não comunicado”.

Considera-se “Comunicado na sua totalidade” quando toda a informação contida no item é transmitida durante a passagem de turno. Considera-se “Comunicado parcialmente” quando apenas se transmite alguma da informação contida no item. Considera-se “Não comunicado” quando não é transmitida nenhuma informação do item.

5 - Na transferência do doente o 4º item: A – Avaliação é:

- ✓ Comunicado na sua totalidade
- ✓ Comunicado Parcialmente
- ✓ Não comunicado

O 4º item: A – Avaliação, é composto pela informação:

- Tipo de ventilação e dispositivo utilizado
- Função cardíaca, neurológica, renal ou outras alteradas

- Tegumento alterado (feridas cirúrgicas, úlcera de pressão, drenos e outros dispositivos invasivos).
- Medicação vasoativa se utilizada

Se não tiver disfunção de órgãos ou tegumento alterado deve referir que não tem estas alterações para ser considerada “Comunicada na sua totalidade”.

Considera-se “Comunicado na sua totalidade” quando toda a informação contida no item é transmitida durante a passagem de turno. Considera-se “Comunicado parcialmente” quando apenas se transmite alguma da informação contida no item. Considera-se “Não comunicado” quando não é transmitida nenhuma informação do item.

6 - Na transferência de doente o 5º item: R - Recomendações/Plano de cuidados é:

- ✓ Comunicado na sua totalidade
- ✓ Comunicado Parcialmente
- ✓ Não comunicado

O 5º item: R - Recomendações/Plano de cuidados, é composto pela informação:

- Plano de continuidade de cuidados (o que se propõe para esse turno)
- Exames ou colheitas de análises para esse dia
- Medidas de segurança (isolamento, alto risco de queda, nomes iguais, outras)

No caso de não existirem exames, ou medidas de segurança deve ser referido o mesmo.

Considera-se “Comunicado na sua totalidade” quando toda a informação contida no item é transmitida durante a passagem de turno. Considera-se “Comunicado parcialmente” quando apenas se transmite alguma da informação contida no item. Considera-se “Não comunicado” quando não é transmitida nenhuma informação do item.

6.3- Apêndice C - Folha de Transferência de Doentes

OU

APÊNDICE II – Folha de Transferência de Doentes

Folha de Transferência de Doentes (ISBAR)

Identify	Situation	Background	Assessment	Recommendation
<p>Camã n.º: _____</p> <p>Nome: _____</p> <p>Idade: _____</p> <p>Cuidador: _____</p> <p>Nome: _____</p> <p>Parent: _____</p> <p>Conte: _____</p> <p>Apoio Social: _____</p> <p>S ____ ; N ____</p> <p>SPIC-F: _____</p> <p>S ____ ; N ____</p>	<p>Motivo da Admissão: _____</p> <p>Dia Internamento: _____</p> <p>DG: _____</p> <p>História da doença/Evolução: _____</p>	<p>Antecedentes: _____</p> <p>ALERGIAS: _____</p>	<p>A: Espontânea: S ____ N ____</p> <p>Disp.: TOF: _____ ; TO: _____ ; NT: _____</p> <p>Tes. Cuff: _____ ; Posição Tubo _____</p> <p>Data Extub.: _____</p> <p>B: FIO2: CN _____ ; VM _____ ; MAD _____</p> <p>Alto Fluxo _____</p> <p>VNI: Interf.: _____ ; Intern.: _____ ; Cont.: _____</p> <p>VMI: Modos V: _____</p> <p>FIO2/Pao2= _____ ; Desname: S ____ N ____</p> <p>SPO2 _____ ; SDR _____ ; Secrec.: _____</p> <p>C: Evol. Hemod.: _____ ; Ritmo: _____</p> <p>Obj. PAM: _____ ; Vasosativos _____</p> <p>Perfusão Tec. _____ ; Diurese _____</p> <p>Disposit.: CVC _____ ; CVP _____ ; CA _____</p> <p>D: Análises: Dor: BPS _____ ; Esc.n.º _____</p> <p>Fármaco: _____</p> <p>Sedação: RASS _____ ; BIS _____ ; Fármac: _____</p> <p>Delírium: CAM-ICU _____ ; Fármac: _____</p> <p>ECG/ase: _____ ; Sono: _____</p> <p>Curatização: TOF _____ ; Fármac: _____ / DX _____</p> <p>E: T₉ _____ ; Prot. Norm. _____ ; Inic. _____ ; Fim _____</p> <p>Nutrição _____ ; Elimina. _____</p> <p>Drenos: _____</p> <p>Tegumento: Feridas/ÚP: _____</p>	<p>Plano de Cuidados: _____</p> <p>Exames: _____</p> <p>Colheitas: _____</p> <p>Segurança: _____</p> <p>Isolamento _____</p> <p>Diário: S ____ ; N ____</p> <p>Outros: _____</p>

6.4- Apêndice D – Póster: “Comunicação Instrumento do Cuidar”

