



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

---

LISBOA·PORTO

## **DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNICACIONAIS FACE À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

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

Helena Sofia Vieira Pacheco Cunha

Porto – Março de 2020



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

---

LISBOA · PORTO

**DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNICACIONAIS  
FACE À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

**DEVELOPMENT OF COMMUNICATIONAL SKILLS FACING THE  
PERSONS IN A CRITICAL SITUATION**

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

Helena Sofia Vieira Pacheco Cunha

Sob a orientação de Prof.<sup>a</sup> Doutora Sabrina Sousa

Porto – Março de 2020

“Na escola da vida, o melhor aluno não é  
aquele que tem consciência do quanto sabe,  
mas do quanto não sabe.”

Augusto Cury

## **Agradecimentos**

O valor deste documento não fica circunscrito às ideias nele veiculadas. Simboliza o fim de um período transformacional, cujos impactos reais ainda são incertos ainda que seja indubitável de que serão profundos e duradouros na minha ação.

Portanto, esta caminhada não seria possível sem a dedicação e presença da minha querida família, especialmente a minha mãe, pai e irmãos que, mesmo com a minha ausência, nunca deixaram de me apoiar ou incentivar a continuar e findar esta etapa.

A orientação deste período final imprimiu, desde o início, uma visão muito distintiva, clara e única. Devo-o à Prof.<sup>a</sup> Doutora Patrícia Coelho e Prof.<sup>a</sup> Doutora Sabrina Sousa, agradeço-lhes pela presença, partilha de conhecimentos e pelo incentivo ao aperfeiçoamento das minhas características como profissional.

Por fim, quero deixar umas doces palavras à Universidade Católica Portuguesa. A UCP são as pessoas que encontramos no corpo docente e tudo o que demais aconteceu relacionado com esta casa. Assim, agradeço o vosso acolhimento e ensinamentos.

“Somente aquele que aprende a arte de agradecer,  
aprende a arte de se doar,  
decifra o código do altruísmo.”

Augusto Cury

## Resumo

O Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica é uma ferramenta primordial para a aquisição de níveis elevados de pensamento crítico e tomada de decisão, através do desenvolvimento de competências específicas que visam melhorar os cuidados de enfermagem prestados ao doente adulto em situação crítica e/ou falência orgânica e à sua família. Para o desenvolvimento destas competências, foram fundamentais os estágios na Unidade Cuidados Intensivos Cardiotorácica, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e Serviço de Urgência.

Com este documento pretendo fornecer um relato global, conciso e coerente das atividades desenvolvidas e vivências ao longo dos períodos de estágio; demonstrar capacidade crítica e reflexiva desenvolvida com o discurso utilizado face às inúmeras experiências, confrontos de ideias, saberes e reflexões pessoais; documentar a aprendizagem efetuada e demonstrar as competências adquiridas/desenvolvidas no Mestrado em Enfermagem e os seus contributos enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica. Por fim, serve, ainda, como instrumento para obtenção do grau de mestre.

Utilizando uma metodologia crítico-reflexiva, dividi o trabalho em três partes: Introdução, Desenvolvimento e Conclusão. No que diz respeito ao desenvolvimento, encontra-se organizado pelos diferentes domínios comuns do Enfermeiro Especialista: da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados; e com especial abordagem do desenvolvimento de aprendizagens profissionais, refletindo sobre e referindo os diferentes contextos de estágio.

Como contributos específicos das aprendizagens desenvolvi na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente um “Manual de Acolhimento para o Estudante” e uma revisão bibliográfica sobre a temática da dor intitulada “Avaliação da dor associada a meios complementares de avaliação no doente em Cuidados Intensivos”. Além disso, no Serviço de Urgência, aperfeiçoando as características do acolhimento e integração no serviço realizei, também, um “Manual de Acolhimento para o Estudante - Serviço de Urgência Médico Cirúrgica” e um projeto de melhoria da qualidade no âmbito da transição de cuidados: “Comunicação na Passagem de Turno do Serviço de Urgência – Revisão Bibliográfica”.

Os trabalhos permitiram o autoconhecimento e reflexão bem como contribuíram para o crescimento, desenvolvimento e consolidação das competências comuns e específicas definidas pela Ordem dos Enfermeiros.

Palavras chave: Enfermeiro Especialista, Competências, Comunicação, Dor, ISBAR

## **Abstract**

The Master's Course in Nursing with Specialization in Medical-Surgical Nursing is a primary strategy for the acquisition of high levels of critical thinking and decision making, through the development of specific skills that aim to improve the nursing care provided to adult patients in critical situations and / or organic bankruptcy and his family, along the different stages, Cardiothoracic Intensive Care Unit, Polyvalent Intensive Care Unit and Emergency Service.

With this document, I intend to provide a global, concise and coherent report of the activities developed and experiences throughout the internship periods; demonstrate critical and reflective skills developed in view of the countless experiences, confrontations of ideas, knowledge and personal reflections; document the learning made and demonstrate the skills acquired / developed in the Master in Nursing and the contributions as a Specialist Nurse in Medical Surgical Nursing. Finally, it also serves as an instrument to obtain the master's degree.

Using a critical-reflective methodology, I divided the work into three parts: Introduction, Development and Conclusion. The development is organized in the different common areas of the Specialist Nurse: professional, ethical and legal responsibility; continuous quality improvement; care management; and with a special approach to the development of professional learning, reflecting on and referring to the different internship contexts.

As my specific contributions to learning, I developed in the Polyvalent Intensive Care Unit "Reception Manual for the Student" and a bibliography review on the theme of pain: "Assessment of pain associated with complementary means of assessment in the patient in Intensive Care", and finally, in the Emergency Service, improving the characteristics of reception and integration in the service, I also carried out a "Reception Manual for the Student - Medical Surgical Emergency Service "and a quality improvement project within the scope of the care transition" Communication during the shift change of the Emergency Service - Bibliographic Review ".

The investigation allowed self-knowledge and reflection as well as contributed to the growth, development and consolidation of the competences defined by the Order of Nurses.

Keywords: Specialist Nurse, Skills, Communication, Pain, ISBAR

## **Lista de Siglas e Abreviaturas**

ME – Mestrado em Enfermagem

EMC – Enfermagem Médico Cirúrgica

PSC – Pessoa em Situação Crítica

EEEPSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

EEMC – Especialidade em Enfermagem Médico Cirúrgica

EPSC – Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

CCT – Cirurgia Cardiorácica

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

CI – Cuidados Intensivos

SU – Serviço de Urgência

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UIP-SU – Unidade Intermédia Polivalente – Serviço de Urgência

SUMC – Serviço de Urgência Médico Cirúrgica

CVC – Cateter Venoso Central

SpO<sup>2</sup> – Saturação Periférica de Oxigénio

PA – Pressão Arterial

PVC – Pressão Venosa Central

FC – Frequência Cardíaca

FR – Frequência Respiratória

SNA – Sistema Nervoso Autónomo

SNC – Sistema Nervoso Central

PNAV – Plano Nacional de Avaliação da dor

GAD – Grupo de Avaliação da Dor

BPS – *Behavioral Pain Scale*

PT – Passagem de Turno

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

DGS – Direção Geral de Saúde

CDE – Código Deontológico de Enfermagem

N.º – Número

pp. – Página

Enf.<sup>a</sup> – Enfermeira

Enf.º – Enfermeiro

# Índice

1. Introdução.....	11
2. Estágio: A Pessoa em Situação Crítica em Família – Vigilância e Decisão Clínica - Cirurgia Cardiotorácica .....	15
3. Contextualização dos Campos do Estágio Final .....	18
3.1. Estágio final e Relatório: Unidade Cuidados Intensivos Polivalente .....	18
3.2. Estágio final e Relatório: Serviço de Urgência.....	20
4. Análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas e competências adquiridas	22
4.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	23
4.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade .....	26
4.3. Domínio da gestão dos cuidados .....	35
4.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. ....	39
5. Conclusão.....	61
6. Referências Bibliográficas .....	64
7. Apêndices.....	71
Apêndice I - Manual de Acolhimento para o Estudante no Serviço de Urgência Médico Cirúrgica .....	72
Apêndice II - Manual de Acolhimento para o Estudante na UCIP.....	113
Apêndice III- Comunicação na Passagem de Turno do Serviço de Urgência – Revisão Bibliográfica .....	146
Apêndice IV - Comunicação na Passagem de Turno do Serviço de Urgência Geral - Guia Orientador da Passagem de Turno - SUMC.....	205
Apêndice V - Avaliação da Dor associada a meios complementares de avaliação no doente em CI.....	213

## **1. Introdução**

A elaboração deste documento decorre no âmbito do Mestrado em Enfermagem (ME), na área de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica (EMC), na vertente da Pessoa em Situação Crítica (PSC), ministrado pela Universidade Católica Portuguesa, Instituto Ciências da Saúde do Porto, Escola de Enfermagem, com início no ano letivo 2018/2019. Como produto final do percurso formativo académico realizado no ME, pretendo com ele obter, por parte da Ordem dos Enfermeiros (OE), o parecer favorável para a concessão de título de Especialista em EMC, na vertente da PSC, e alcançar o Grau de Mestre em Enfermagem, após aprovação nas provas de defesa pública.

O presente relatório representa uma das etapas essenciais do ME, onde relato e descrevo os períodos de estágio, com a devida reflexão e análise do processo de aquisição e desenvolvimento de competências, nomeadamente as competências comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019), as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EEEPSC) (OE, 2018), e as competências conducentes ao grau de Mestre em Enfermagem. Durante este período de exercício de Enfermagem no âmbito do estágio, organizei o meu trabalho no sentido de atingir os objetivos, de acordo com as competências nomeadas nas linhas anteriores, visto que esse é o propósito maior de todo o esforço ao longo deste ano letivo. No entanto, este documento tem a intenção de salientar a importância da especialização dos cuidados prestados, a necessidade da constante mobilização de conhecimentos no percurso de aprendizagem e enriquecimento pessoal e profissional, a capacidade de identificar e analisar problemas, desenvolver e implementar estratégias solucionais, aperfeiçoar a capacidade de reflexão sobre as ações realizadas e as suas implicações éticas e sociais.

É a disciplina de Enfermagem que permite a compreensão das respostas humanas, em circunstâncias de saúde e/ou doença, e o comportamento profissional na realidade contextual, de forma a planear cuidados com fundamentação científica e em prol da

maximização das capacidades humanas. Como refere o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, *“a enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”*(OE 2015, pp.99).

A profissão de Enfermagem tem vindo a desenvolver-se ao nível da formação, investigação e do exercício profissional, apoiando o reconhecimento do papel do enfermeiro tanto no âmbito da comunidade científica como na qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde (OE, 2015).

Segundo a OE *“os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde”*(OE, 2019, pp.1).

Os Especialistas em EMC apresentam uma responsabilidade acrescida, o que justifica o desenvolvimento de diversas competências de diagnóstico e de intervenção, de forma a serem considerados como ajuda profissional avançada à PSC.

A Especialização em Enfermagem é vista como uma exigência natural para o desenvolvimento das competências adquiridas ainda no curso de Licenciatura e as adquiridas ao longo da vida profissional. Segundo a OE (2019), consoante as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, o conjunto de Competências Especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais, resultando na aquisição de um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades específicas que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, são mobilizadas para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção.

Deste modo, usufruir destas melhorias qualificativas, responsabilidade profissional e respetivas aplicabilidades, reforça e auxilia o objetivo de aperfeiçoar o meu desempenho na eficácia e qualidade ao longo de todo o exercício da profissão, numa área significativa para mim, EMC.

De acordo com as unidades hospitalares e pré-hospitalares disponíveis por parte da docência do curso, para as últimas duas unidades curriculares, segundo a OE, duas delas são obrigatórias: Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) e Serviço de Urgência (SU). Tendo em conta a minha ainda reduzida experiência profissional, a nível hospitalar, e sem qualquer contacto com a PSC no meu dia a dia, bem como as minhas preferências face aos locais disponíveis, optei pela possibilidade e oportunidade de contacto com realidades desconhecidas, que permitissem o meu enriquecimento nessas mesmas valências, alcançando, assim, as principais competências especializadas em EMC. Como tal, passei pela Cirurgia Cardiorácica (CCT) de um hospital distrital de referência a norte do país no primeiro estágio do curso. Por fim, na última Unidade Curricular do ME, Estágio Final e Relatório, optei pela UCIP no primeiro contexto, e SU para o segundo, escolha esta por um motivo maioritariamente organizacional dado que se localizam no Hospital de referência da minha localidade e que possuem as características necessárias para o desenvolvimento das competências pretendidas, permitindo uma melhor gestão e articulação dos turnos.

Ambos os locais de estágio foram escolhidos de acordo com o desenvolvimento das minhas competências, satisfazendo de igual modo os objetivos preconizados pela Universidade Católica Portuguesa para o Curso de Mestrado em EMC e as competências do Enfermeiro Especialista definidas pela OE. Neste sentido, o plano de estudos de Mestrado em EMC, contempla um total de 30 ECTS correspondentes a 400 horas de contato, das quais 360 horas de exercício prático em estágio (subdivididas por dois períodos de 180 horas: o primeiro entre 9 setembro 2019 e 2 de novembro de 2019 e o segundo entre 4 de novembro de 2019 e 4 de janeiro a 2020); 20 horas de seminário e 20 horas de orientação tutorial.

Desta forma, este documento é elaborado com base numa metodologia de análise crítico-reflexiva das atividades realizadas durante os estágios, na reflexão das competências aprimoradas e desenvolvidas, respetivas pesquisas bibliográficas em bases de dados fidedignas, tudo isto como processo de aquisição de conhecimentos durante o período prático. Na redação deste documento representativo do meu percurso de aprendizagem, baseei-me no princípio de que o mesmo fosse organizado segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e respetivos Domínios das Competências.

Tem na sua estrutura o desenvolvimento, onde apresento uma análise, descrição e contextualização dos períodos de estágio decorrentes do ME, os principais objetivos específicos alcançados e respectivas atividades realizadas e o impacto que estas tiveram no desenvolvimento de competências especializadas; identifiquei algumas das situações problema sentidas e respectivas atitudes de correção. Por fim, fundamento de forma crítica reflexiva o percurso vivenciado com base naquilo que foi realizado. Visto que cada etapa neste percurso foi única e que cada pessoa é singular na sua percepção da realidade vivenciada, ao redigir este documento, tive a preocupação de o tornar mais personalizado, rico e contextualizado, resultado de profundas reflexões, sustentado por autores de referência, e suportado por apêndices organizados, traduzindo, de forma clara, os conhecimentos, as competências e o desempenho alcançado. Posteriormente, apresenta-se a conclusão, como síntese e análise transversal do documento, e as referências bibliográficas, segundo o Método de Harvard, que justificam todo o meu discurso.

## **2. Estágio: Pessoa em situação crítica e família – Vigilância e Decisão Clínica - Cirurgia Cardiorácica**

O campo de estágio escolhido para iniciar o exercício prático do Curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em EMC, o Estágio – A pessoa em situação crítica em família – vigilância e decisão clínica, entre o dia 5 de Maio de 2019 e o dia 26 de Junho de 2019, foi realizado no serviço de Cirurgia Cardiorácica (CCT)– Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) de um Hospital Distrital a norte do país, serviço onde é praticada a especialidade diferenciadamente. Este aborda especificamente a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de situações de doença aguda e crónica do foro cardiovascular e respiratório, em doentes com necessidade cirúrgicas. Este serviço, com práticas de excelência clínica e investigação reconhecidas, é visto como o Centro de referência na Região Norte para o tratamento cirúrgico das patologias do foro cardiorácico em ambiente de Hospital Público e Universitário, fazendo parte de uma instituição que proporciona o desenvolvimento de novas qualificações de vários grupos profissionais.

Em pleno século XXI, Filho, *et al.* (2012), afirmam que as doenças cardiovasculares em particular a doença arterial coronária consistem na causa de morte mais relevante em toda a Europa, incluindo Portugal. Sublinham, ainda, que os eventos cardiovasculares são cada vez mais frequentes, contudo são de alguma forma evitáveis quando identificados precocemente os fatores de risco, dando tempo aos profissionais de saúde de serem o meio de auxílio no sentido de orientar os indivíduos sobre os aspetos preventivos da doença. Todavia, defende Baggio, *et al.* (2016), a prevenção da mesma baseia-se na adoção de um estilo de vida saudável. Porém, na ausência da prevenção, surgem os sinais e sintomas da doença e a necessidade da utilização dos respetivos tratamentos e meios de reabilitação.

A CCT é um dos procedimentos mais invasivos à integridade física, com grande dimensão e impacto na pessoa e família. O doente necessita de uma rigorosa monitorização hemodinâmica de forma a promover a deteção precoce de eventuais complicações e respetiva recuperação. Esta complexidade de cuidados requer um conjunto de conhecimentos e competências especializadas de enfermagem, cujo desenvolvimento

resulta de um acumular de experiência clínica com estes doentes e a presença constante da vertente formativa especializada, de forma que a atuação do profissional de saúde seja baseada na evidência científica mais atualizada possível.

De acordo com os objetivos que tracei para assistir à pessoa, família/cuidador em situação de doença crítica e sujeita a CCT, realizei diversas atividades de observação, identificação das necessidades mais comuns e atuação perante as mesmas no âmbito dos cuidados associados à CCT. Estas atitudes constantes contribuíram, ainda, para fundamentar o raciocínio crítico reflexivo esperado a este nível.

Durante este período foi verificada uma relevante e significativa vigilância ao doente em situação crítica e, conforme Duarte, *et al.* (2012) sublinham, permanece durante todo o período de internamento hospitalar junto do doente, que é alvo de uma observação e vigilância contínuas, prestando-lhe assistência ininterrupta, identificando as respostas humanas resultantes da sua condição e situação crítica e traçando os diagnósticos de enfermagem, para construir o plano de cuidados a ser implementado de forma individualizada e personalizada. Para que seja possível uma prestação de cuidados diferenciados nesta área, é fulcral a aquisição e desenvolvimento de competências em diversos domínios desde a ventilação mecânica invasiva (VMI), monitorização hemodinâmica, controlo da dor, prevenção de infeções a comunicação eficaz, que segundo Duarte, *et al.* (2012); Vegni, *et al.* (2008) e Santos, Laus, Camelo (2015) são parâmetros significativos para o contexto em questão, CCT.

Com o decorrer do estágio surgiram experiências novas e relacionadas com as diferentes patologias de base ou até mesmo resultantes no período pós-cirúrgico, o que me proporcionou como aluna novos desafios, exigindo mais estudo, ponderação e capacidade de reação. A experiência no bloco operatório foi realmente gratificante, pois não só possibilitou a aquisição e compreensão de conhecimentos técnicos e científicos relativos à CCT, mas também facilitou o desenvolvimento de competências de comunicação que contribuem para a manutenção de um ambiente terapêutico seguro.

As práticas diárias nos cuidados ao doente em situação crítica, que surgiram durante este período de estágio, resultaram na aquisição de certas competências a partir da realização de diversas atividades. De facto, ao executar cuidados de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica; ao diagnosticar e

responder precocemente às possíveis complicações e focos de instabilidade; ao monitorizar e avaliar a adequação das respostas aos problemas identificados, fui capaz de desenvolver competências no âmbito da prestação de cuidados à pessoa em situação emergente, antecipando a instabilidade e risco de falência orgânica, bem como administrar protocolos terapêuticos complexos, que foram a base para o Estágio Final e futuro aperfeiçoamento.

Quanto à intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a PSC e submetida a CCT, foram desenvolvidos todos os cuidados face à complexidade das circunstâncias, às suas necessidades. Assim, foi salvaguardado o cumprimento dos procedimentos estabelecidos, o que permitiu o desenvolvimento e aquisição de competências e capacidades quer na prevenção e controlo da infeção e na execução das intervenções adequadas em diferentes contextos de cuidados à PSC na prevenção, quer na intervenção e controlo da infeção e resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos complexos.

Para realçar a importância do meu projeto de formação pessoal e profissional na investigação clínica da prática de EMC na vertente da Enfermagem à PSC, investiguei a temática da dor, relacionando-a com a componente comunicacional, visto que o doente em situação crítica e, sob tais cuidados, está, maioritariamente, incapaz de fazer a sua autoavaliação. Este estudo, “A problemática da dor e a importância da sua avaliação no doente em Cuidados Intensivos”, proporcionou o aprofundamento dos meus conhecimentos em estratégias facilitadoras da comunicação na pessoa com “barreiras à comunicação”, o desenvolvimento das técnicas de comunicação na monitorização da dor, para melhor adequação do tratamento e conforto do doente e a aquisição de competências comunicacionais face a esta temática, tal como a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC, otimizando, deste modo, as respostas. Ao valorizar a componente formativa do serviço, a revisão realizada serviu para sensibilizar a equipa de Enfermagem para a melhoria da qualidade dos nossos cuidados no âmbito da dor.

### **3. Contextualização dos campos do Estágio Final**

O planeamento da componente prática é de extrema importância quando pretendemos atingir os objetivos e adequar o comportamento às exigências, como tal, em cada local de estágio, procurei nos primeiros dias compreender as dinâmicas, métodos de trabalho, os hábitos e a disposição do material. Para além disso, observei os protocolos, regras institucionais e métodos de trabalho para os cuidados.

Foi-me atribuído um enfermeiro tutor em cada local de estágio, cujo objetivo era guiar o meu percurso, promovendo o meu pensamento crítico-reflexivo. Porém, tive a oportunidade em receber orientações dos restantes profissionais com quem me cruzei nos diferentes campos de estágio. Toda esta partilha e troca de experiências permitiram que fosse possível enriquecer o meu trajeto ao longo dos diferentes meses de estágio.

#### **3.1. Estágio final e Relatório: Unidade Cuidados Intensivos Polivalente**

Estágio Final e Relatório é a última unidade curricular do Curso de ME, com especialização em EMC, e subdivide-se em dois contextos práticos. O primeiro, com início a 9 de setembro de 2019, até dia 2 novembro de 2019, na UCIP de um hospital no norte do país. Serviço este em que, segundo a OE (2018), os cuidados são altamente qualificados e 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, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Além disso, tem a missão de garantir os cuidados e tratamentos de excelência a todos os doentes críticos, atender mais e melhor o doente, conhecendo todos os dias a melhor maneira para alcançar os seus objetivos – Cuidar e tratar os doentes elevando a Medicina Intensiva.

O serviço situa-se contíguo ao Bloco Operatório e próximo ao SU, tendo uma lotação de dez camas, das quais duas são isolamentos. A lotação praticada neste momento é

condicionada pelo número reduzido de recursos humanos e pela não operacionalização de duas camas. No entanto, das camas ativas, uma delas é sempre reservada para cirurgias programadas.

Apesar da designação de Unidade, trata-se de um serviço autónomo onde prevalece a observação, colheita e procura contínua de dados de forma sistémica e sistematizada. A UCIP é um dos serviços que se encontra integrado no Departamento de Urgência e Emergência, Anestesia e Cuidados Intensivos do Hospital. Agregado a esta, encontra-se a Unidade Intermédia Polivalente, formando assim o Serviço de Medicina Intensiva desde novembro de 2016.

Estruturalmente, é organizado em Sistema Misto, pois possui seis camas em regime aberto e, num espaço amplo, dois quartos de isolamento em regime fechado, unidades isoladas para doentes críticos imunodeprimidos ou com infeções graves, equipado com diversos equipamentos específicos ao tratamento e suporte vital do doente crítico. Assim, cada unidade está equipada com uma cama *Hill-Rom Total Care*, com o seu espaço limitado por dois pendentes *Kreuzer*, onde se distribuem os equipamentos de monitorização da marca *Philips Viridia CMS* e ventiladores *Draeger Evita 4*, bem como o sistema integrado de infusoras, designado por “Fluid Manager” desenvolvido pela *B. Braun*.

Trata-se de uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) de nível III, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (2013), no Relatório Final da Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos, verificando-se equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem); assistência médica qualificada nas 24h com a devida preparação específica; acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários, capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais; controlo contínuo da qualidade e programas de ensino e treino em Cuidados Intensivos (CI) e constitui o Serviço ou Unidade exigida aos hospitais com SU Polivalente.

O número de enfermeiros necessário e desejável nas UCI de acordo com o número de camas é difícil de estabelecer de uma maneira padronizada, já que logicamente irá variar de acordo com as características das UCI, do tipo de assistência prestada e da complexidade dos doentes, entre outros fatores. Contudo, defende a OE (2018) com o Parecer N.º 15/2019 da Mesa do Colégio da Especialidade em EMC, que o direito fundamental de qualquer cidadão em estado de doença crítica em ser assistido e tratado por profissionais qualificados e recursos adequados não pode ser colocado em causa. Tendo

em conta a OE (2014), com a publicação da Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, o rácio enfermeiro/doente aconselhado é de 1:1. Tendo em conta os recursos humanos disponíveis na unidade e os fatores mencionados anteriormente, o rácio, por vezes, estende-se para 1:2.

Para levar a cabo a sua missão, a unidade dispõe de um grupo de médicos especializados e de um grupo de 19 Enfermeiros diferenciados, sendo que 5 são Especialistas em EMC. Todavia, toda a equipa é devidamente capacitada na prestação de CI. A distribuição da Equipa de Enfermagem é sempre realizada pelo enfermeiro responsável designado para cada turno, sob uma planificação rotativa e contemplando os três turnos: manhã (sete horas e meia), tarde (sete horas e meia) e a noite (onze horas).

### **3.2. Estágio Final e Relatório: Serviço de Urgência**

Segundo OE (2019), no Parecer N.º 14/2019, os serviços de urgência são designados como serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas. Urgência é toda uma situação clínica em que o atraso no diagnóstico ou tratamento pode desenvolver graves riscos para o doente, nomeadamente risco de vida. Trata-se de um serviço com um elevado grau de complexidade, devido à sua estrutura, funcionalidade e organização, onde recorre frequentemente um elevado número de doentes com uma infinidade de queixas e sintomas.

O serviço situa-se no piso quatro do corpo central do Hospital, contíguo ao Bloco Operatório e próximo ao Serviço de Medicina Intensiva (constituído pela UCIP e Unidade Intermédia Polivalente – Serviço de Urgência (UIP-SU)). É composto por duas unidades de Urgência: a Urgência Básica (localizada noutra localidade) e a Urgência Médico-Cirúrgica, ambas ao serviço de população com cerca de 520 mil habitantes. O Serviço de Urgência Médico Cirúrgica (SUMC) é composto pela urgência de adultos, pediátrica e de ginecologia/obstetrícia. Trata-se de um serviço autónomo onde prevalece a observação, colheita e procura contínua de dados de forma sistémica e sistematizada, e é um dos serviços que se encontra integrado no Departamento de Urgência e Emergência, e Medicina Intensiva.

O circuito do doente na área funcional do SU é distribuído pela admissão e receção que se localiza à entrada do mesmo, estando dividida entre Admissão Geral e Admissão

Pediátrica. Após os procedimentos administrativos necessários, o doente dirige-se para a área de triagem/Prioridade no Atendimento no SU, onde é realizada uma avaliação inicial por um/a enfermeiro(a), tendo em conta o protocolo de Triagem de Manchester institucionalizado, originário e implementado em Manchester (UK) em 1997. Segundo a DGS (2018), e de acordo com a norma por ela delegada, foi implementado em Portugal a partir do ano 2000, e tem como objetivo definir o nível de prioridade, a identificação de critérios de gravidade de forma objetiva e sistematizada, indicando a prioridade clínica com que a pessoa deve ser atendida e o respetivo tempo alvo que é recomendado até à primeira observação médica, não estabelecendo diagnósticos. Para além da classificação mais comum da triagem de Manchester, os doentes que apresentem sinais ou sintomas compatíveis com Acidente Vascular Cerebral, Enfarte Agudo do Miocárdio, Infecções Generalizadas e Traumatismos graves entram em vias prioritárias de atendimento – Vias Verdes. Consoante a avaliação e cor atribuída, o doente é encaminhado para a Sala de Emergência, Sala de Trauma, Área Laranja, Área Amarela, Área Verde, Área Cirurgia/Ortopedia.

Após a primeira avaliação/observação clínica, poderá ser necessária a realização de tratamentos ou exames complementares de diagnóstico em outras áreas do SU, ou do Hospital que justifiquem ou não a necessidade de internamento e, caso se confirme, o doente será conduzido ao Serviço de Internamento e os seus familiares ou acompanhantes informados da decisão de internamento.

## **4. Análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas e competências adquiridas**

Ao longo dos estágios realizados foram desenvolvidas atividades relacionadas com as competências a atingir no âmbito da EEMC e, de acordo com as competências comuns do enfermeiro especialista, segundo a OE (2019), o Enfermeiro Especialista é o profissional que reúne um conjunto de conhecimentos e habilidades aprofundados, um julgamento crítico e tomadas de decisão fundamentadas no âmbito da sua área de especialidade.

O supracitado regulamento determina que existem quatro domínios comuns às diferentes especialidades, nomeadamente:

- Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal;
- Domínio da melhoria contínua da qualidade;
- Domínio da gestão dos cuidados;
- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Com o presente relatório pretendo descrever as atividades que desenvolvi ao longo dos estágios e que me permitiram atingir as competências anteriormente referidas. Para tal, irei relatar momentos vividos que foram considerados relevantes, refletindo sobre eles pertinentemente e fundamentando-os com respeitáveis autores. Optei por uma organização da composição, enquadrando os meus objetivos e competências adquiridas/desenvolvidas no âmbito dos domínios estabelecidos pelo regulamento mencionado.

Este capítulo pretende demonstrar o caminho desenvolvido para alcançar o objetivo de me tornar EEEPSC e Mestre em Enfermagem. Os próximos capítulos, resumem-se à reflexão crítico-reflexiva, dos momentos vivenciados para atingir esse objetivo.

#### **4.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

Face a este domínio, e de acordo com a OE (2019) e os domínios por eles decretados, é meu objetivo como profissional de enfermagem apresentar uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, princípios éticos e deontologia profissional, demonstrando um exercício seguro, profissional e ético utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica e, por fim, analisar e interpretar as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os doentes e salvaguardando sempre os seus direitos humanos.

Além disso, desenvolver uma prática profissional e ética no campo da minha intervenção, de forma a promover a prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais foi sempre um dos focos que esteve presente durante este percurso de aprendizagem ao longo do Estágio Final.

Foram encontrados vários dilemas éticos, que obrigaram à revisão dos conhecimentos sobre princípios deontológicos e ético-legais, com o intuito de agir e responder aos problemas com que me deparava neste âmbito.

Segundo o Código Deontológico de Enfermagem (CDE) da OE (2015) e perante o artigo 86.º - Do respeito pela Intimidade, a proteção da intimidade física e psicológica relaciona-se com diversas vertentes, tais como a reserva da intimidade, o respeito pelo pudor individual, a proteção e a salvaguarda da privacidade. Na verdade, ao longo desta caminhada, muitas foram as dificuldades que senti no cumprimento deste dever, o que me levou a refletir sobre as mesmas.

No primeiro contexto do Estágio Final, na UCIP, a reflexão sobre este dever é positiva. Mesmo consistindo numa unidade aberta onde os doentes, para permitir uma vigilância e monitorização constantes pela equipa de enfermagem estão mais expostos, todas as unidades eram separadas por cortinas e a existência de biombos permitia conferir a maior privacidade possível, de forma a apropriar as práticas dos cuidados, garantindo a segurança e privacidade e, assim, estabelecer uma comunicação efetiva e relação de empatia essenciais para conceder dignidade ao doente.

No SU, as reduzidas condições físicas face ao número elevado de doentes que permanecem demasiadas horas e até mesmo internados neste local, dificultam severamente o

cumprimento dos deveres que a OE (2015) delineou no CDE. Com o elevado número de doentes que o SU acolhe, as suas instalações facilmente se revelam pequenas, o que torna impossível que os mesmos usufruam do seu direito à privacidade e sigilo e, conseqüentemente, dificultam o respeito pela intimidade. Deste modo, foi frequente observar doentes a serem avaliados e cuidados sem a mínima privacidade e, por este motivo, abordei esta problemática com a equipa de enfermagem e reconheci que era uma preocupação de todos. No entanto, as mudanças necessárias não seriam de fácil obtenção, obrigando os enfermeiros a encontrar estratégias para preservar o doente e oferecer os cuidados a que têm direito, na tentativa de assegurar a excelência do exercício profissional.

Perante o 85.º artigo do CDE – Dever do Sigilo Profissional da OE (2015), o enfermeiro é obrigado a guardar a informação do doente e partilhá-la apenas com aqueles que se encontram implicados devidamente no processo e plano de cuidados. Foi também um dos aspetos pelo qual mostrei interesse no seu cumprimento, pois perante as duas realidades percecionadas, UCIP e SU, são elas opostas, impondo da minha parte diferentes comportamentos para salvaguardar o mesmo direito ao doente.

Na UCIP, o dever do sigilo profissional é facilmente cumprido, pois os requisitos tanto para visitar como para partilhar informações acerca do doente, são bem definidos. Um dos exemplos é o facto de existir uma sala de reuniões que, para além de servir para reunir a equipa profissional em formação, está preparada para a interação de profissional – família/cuidador, sendo um local privado e fora do contexto da sala de CI, que permite partilhar todo o tipo de informação, bem como o esclarecimento de qualquer dúvida questionada, com a devida confidencialidade, só e apenas com os intervenientes e interessados no plano terapêutico do doente.

No SU, perante as circunstâncias vivenciadas, existem constantemente dificuldades que limitam a seriedade do sigilo profissional. O facto de, frequentemente, os doentes serem avaliados junto de outros doentes, possibilitava a escuta involuntária de determinadas informações que ocorrem apenas à mercê da qualidade de profissional. Portanto, é nosso dever assegurar a confidencialidade da mesma, tanto dos dados narrados pelo próprio doente como por terceiros. Como forma de minimizar o risco de fuga de informação, evitei falar nos corredores com o doente/acompanhante sobre temas delicados e, quando abordava os mesmos, tentava falar em tom baixo e evitando expressões ou gestos que pudessem denunciar os meus sentimentos ou expor algo do doente.

A transmissão da informação ao doente e família é também uma temática sob a minha reflexão no âmbito deste domínio. O direito à informação transforma-se no dever à informação, tal como é delineado pelo CDE da OE (2015) no artigo N.º 84, que nos diz que, no respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem. Prestar a informação do ramo da Enfermagem ao doente é um aspeto muito importante, pois cabe ao enfermeiro estabelecer uma comunicação acessível e efetiva, tornando-o parceiro de cuidados aquando da planificação do processo de enfermagem. Contudo, o processo do direito à informação e a explicação do procedimento de enfermagem e a necessidade da sua execução permite, que através dele, seja reconhecido o consentimento informado do mesmo.

Na UCIP, a prestação dos cuidados é feita num ambiente mais controlado, o que proporciona as devidas condições para garantir o direito à informação. Devido ao facto dos doentes se encontrarem maioritariamente sedados/curarizados, o consentimento é essencialmente presumido. Na eventualidade de algo impedir o consentimento livre e esclarecido do doente, conforme Deodato (2012) ressalva, é dever do profissional de saúde atuar, considerando o benefício direto, no sentido da promoção do benefício do cuidado à pessoa atendendo às circunstâncias desta, o melhor agir ético, conhecimento científico e os deveres deontológicos. Todavia, é de extrema valorização a componente familiar, não só na transmissão de informação, como também na preocupação e acompanhamento, sendo assim o acolhimento à família essencial. Informarmos do cenário que irão encontrar no primeiro contacto, demonstra a nossa disponibilidade e possibilita qualquer expressão de emoções dos familiares. Considerando estes acontecimentos pouco naturais no ciclo da vida, este procedimento de informação e acolhimento familiar permite reduzir a ansiedade da família, não esquecendo que o excesso de informação poderá também ser prejudicial.

No SU, o direito à informação é mais frequente para com o doente, bem como é esperada a expressão do consentimento do próprio. Não obstante, como já referi, as condições físicas nem sempre foram as melhores e o estabelecimento de uma comunicação efetiva é dificultada. A desadequação de recursos humanos, nomeadamente do número de enfermeiros, para a elevada quantidade de doentes que atendem ao SU, leva a que muitas vezes este profissional de saúde não possua o tempo adequado para poder solicitar um consentimento devidamente informado. Desta forma, no decorrer do estágio no SU, o cumprimento deste dever, embora fosse cumprido, nem sempre era da forma mais

adequada. Apesar disto, ao longo dos meus cuidados, o doente e ou cuidador, como representante legal, foi sempre informado do procedimento, sendo explicada a situação e a necessidade da mesma, de forma a obter o consentimento expresso antes de proceder a qualquer técnica. Atendendo a esta transmissão de informação efetiva, tive sempre o cuidado de procurar locais mais resguardados para o poder fazer adequadamente.

Assim, foram estes os princípios em que me baseei, ao longo deste percurso, procurando sempre informar o doente e sua família dos cuidados a prestar, atuando em prol do benefício para o doente e família, tendo por base uma tomada de decisão sustentada em princípios, valores e normas deontológicas. Desta forma, foram adquiridas competências no âmbito da garantia da prática de cuidados sob respeito dos direitos humanos, as responsabilidades profissionais e a prática de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do doente, assegurando e promovendo a proteção dos direitos humanos.

#### **4.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade**

Segundo OE (2019), é da responsabilidade do Enfermeiro Especialista o desempenho de um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, colaborando na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade; o desenvolvimento de práticas de qualidade, gerindo e colaborando com programas de melhoria contínua a partir do reconhecimento da melhoria da qualidade, de acordo com a avaliação das práticas e em função dos seus resultados, e eventuais revisões das mesmas a implementação de programas de melhoria contínua; e a garantia da existência de um ambiente terapêutico e seguro sendo este gerido em função do doente e sua condição para a maior efetividade terapêutica e prevenção de incidentes, atuando proactivamente e gerindo o risco provável.

Na realidade do SU, e ao longo do estágio pude observar que o reduzido número de recursos para a elevada afluência de doentes a este serviço, considerando a época do ano em questão, são razões que podem ocasionar erros, o que afeta a segurança do doente. Portanto, é essencial o desenvolvimento e utilização de uma metodologia de comunicação adequada, tendo em conta o contexto de estágio, a equipa multidisciplinar e as capacidades de comunicação de trabalho no seio da mesma.

O processo de integração perante o Parecer N.º 78/2017 da OE (2017), é determinante no sucesso da adaptação do profissional à organização e, conseqüentemente, no seu desempenho profissional, logo, com base na evidência científica consultada, a existência de um protocolo de integração para alunos e /ou novos profissionais a integrar o serviço, permitirá que um novo elemento assimile, o mais rapidamente possível, a sua cultura e se comporte como um membro dessa organização. Em conversa com o Enf. Tutor e Enf. Gestor do serviço, propus cooperar na elaboração de um Manual de Acolhimento para o Estudante no Serviço de Urgência Médico Cirúrgica (Apêndice I), uma vez que era uma necessidade do serviço. Porém, perante toda a complexidade da UCIP, a elaboração também de um Manual de Acolhimento e Integração ao estudante (Apêndice II) no âmbito da sua especialidade foi pertinente. Este processo encontra-se descrito e desenvolvido no Domínio da Gestão de Cuidados.

Por fim, evidenciando a iniciativa e criatividade na interpretação de um problema visível, a transição de cuidados no SUMC foi uma área identificada como uma oportunidade de melhoria. Assim, houve necessidade de efetuar uma pesquisa bibliográfica no âmbito da transição de cuidados e de uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde na passagem de turno (PT), e com ela sensibilizar a equipa profissional e promover a adoção de uma nova atitude/prática mais assertiva e baseada na evidência, pois a sua ausência afeta a segurança do doente e respetiva continuidade de cuidados. Através da fundamentação científica da temática, sugeri medidas que diminuem a ocorrência de erros, tornando o SUMC um ambiente mais seguro com uma continuidade de cuidados determinada para todos os doentes e profissionais.

Conforme Rodrigues, A., Azevedo, C., Calvo. V. (2016) definem, a comunicação é um imperativo do inter-relacionamento pessoal dentro das organizações, e a comunicação interna deve ser bem desenvolvida, aberta e transparente, resultando no sucesso do desempenho dos objetivos organizacionais, no desenvolvimento organizacional e na satisfação das necessidades humanas de se comunicar.

Os autores Pedro, D., Nicola, A., Oliveira, J., (2016), reconhecem que a comunicação é uma ferramenta útil e indispensável à gestão de qualquer organização, por isso, o processo comunicativo é um fator essencial para garantir que as atividades ocorram de maneira eficiente, a fim de proporcionar informação e compreensão necessária à condução das tarefas, mas acima de tudo, motivação, cooperação e satisfação nos cargos. Nos serviços de

Saúde e na Enfermagem, a PT é um momento evidente de comunicação e consequentemente, um ato que merece atenção por parte da gestão dos serviços e envolventes.

Os autores anteriormente mencionados defendem que a comunicação perfaz uma competência a ser desenvolvida continuamente pelos enfermeiros ao longo do seu desempenho e desenvolvimento. Portanto, quando exercido um papel de liderança, o profissional deve primar pelo planeamento e coordenação do processo de comunicação, tratando-se de uma forma rápida de transmissão e delegação dos cuidados perante os membros da equipa, de forma coerente, proporcionando maior cooperação aos funcionários e contribuindo para o melhor cuidado e assistência de enfermagem.

Na organização dos cuidados de Enfermagem, a PT é o momento que permite ao enfermeiro ter uma visão geral da unidade na qual assumirá a responsabilidade. Em virtude desta característica, recomenda-se que deve ocorrer revisão periódica das estratégias no momento da transmissão de informação entre as equipas, de forma a evitar a banalização da PT, e proporcionar uma melhoria contínua das capacidades e competências comunicacionais da equipa, mantendo um processo comunicativo dinâmico e em constante atualização.

De acordo com Pereira, B. (2011), a complexidade dos doentes, a organização do serviço hospitalar e a taxa de ocupação cumprida à realidade, são três pontos que se relacionam e indicam como devem ser transmitidas as informações durante a PT. A transmissão de informação deve surgir de forma clara, precisa, objetiva e atualizada em relação à evolução do estado de saúde do doente. Considerando a transmissão de informação e a comunicação existente na PT como um instrumento de comunicação que faz parte da rotina de trabalho na Enfermagem, deve ser uma das primeiras tarefas diárias. Através dele, possibilita-se ao Enfermeiro que se responsabiliza pelo próximo período, uma avaliação da assistência prestada, promovendo o conhecimento e adequação das próximas intervenções. Contudo, é um momento arriscado, influenciado por vários fatores: tempo; infraestruturas; organização do trabalho; ausências; assiduidade e pontualidade, interesse e comportamento da equipa de trabalho envolvente; circulação e interrupções de elementos profissionais na área, colocando em risco o êxito da comunicação. Como tal, sendo o enfermeiro o profissional mais responsável pelo sucesso desta comunicação, e como elo de ligação entre as equipas, é fundamental a sua participação, considerando o relacionamento interpessoal,

a minimização dos fatores comportamentais, da infraestrutura e dos ruídos que possam interferir na comunicação, com a finalidade de garantir a continuidade da assistência e o planeamento do trabalho.

De acordo com a literatura analisada por Tranquada (2013), a autora sublinha que as dificuldades de comunicação têm sido identificadas como um fator de contribuição major para as consequências dos eventos adversos em ambientes médicos e os erros de comunicação são a principal causa de eventos adversos, estando associados ao dobro das mortes que a inadequação clínica. Como tal, a existência de ferramentas de comunicação padronizadas e a criação de um ambiente onde os envolvidos da comunicação possam falar e expressar as suas preocupações, é realmente importante.

Os fatores que originam as quebras de comunicação nas equipas de saúde ganham maior relevo, se pensarmos que o processo de prestação de cuidados de saúde implica a transmissão de informação do doente entre vários profissionais de saúde, com diferentes categorias sociais e culturais, níveis educacionais e especialidades. Desta forma, a prática clínica implica que ocorra a transmissão de informação crítica, de forma precisa e com a colaboração de toda a equipa. Para tal, é essencial que os elementos da equipa sejam treinados em técnicas de comunicação, desde a negociação à escuta, de forma a definir objetivos de modo assertivo e a ser possível aplicar essas capacidades numa ampla variedade de contextos e situações.

A serem passíveis de serem atingidos os objetivos mencionados acima, a autora decalca *Victorian Quality Council* (2010), descrevendo cinco critérios fundamentais na partilha de informação entre profissionais de saúde: completa, concisa, concreta, clara e precisa. Segundo a mesma autora, as organizações de saúde desempenham atividades de elevado risco, consideradas de alta fiabilidade, sendo sugerida por diversos autores a implementação de técnicas de comunicação, pretendendo com estas construir na equipa um conhecimento comum do contexto através do diálogo e da partilha de diversos pontos de vista. Já existem diversas técnicas, cujo principal objetivo é criar uma espécie de conhecimento comum/partilhado, assegurar a segurança do doente e a continuidade de cuidados. Segundo a Norma 001/2017 - Comunicação eficaz na transição de Cuidados de Saúde, da DGS (2017), a segurança do doente passa pela redução de risco de dano desnecessário à pessoa que recebe os cuidados de saúde para um mínimo aceitável. O mínimo aceitável é, de uma forma geral, direcionado para o conhecimento atual, recursos

disponíveis, contexto da prestação de cuidados em oposição ao risco de não tratamento ou de outro.

Considerando a segurança do doente como base e um dos indicadores da qualidade dos cuidados de saúde, da responsabilidade de vários intervenientes, devem estes assegurar os melhores e mais seguros cuidados de saúde e a ausência de riscos ao doente. Assim, é importante e necessário que as organizações de saúde progridam na construção de intervenções que se baseiem na promoção da segurança do utente e que desenvolvam atitudes que permitam o estudo e prevenção da ocorrência dos eventos adversos.

De acordo com os autores Sousa, J., *et al.* (2019), a Enfermagem é uma ciência em constante evolução, onde as necessidades de cuidados e a prestação dos mesmos são cada vez mais complexos, sendo-lhes exigida a excelência baseada na evidência, o que se traduz numa tomada de decisão fundamentada.

Uma transição de cuidados segura é um elemento basilar na segurança do doente, o que pressupõe uma comunicação eficaz, clara, “(...) oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor” (DGS, 2017, pp. 4). Todas estas características traduzem-se numa conseqüente diminuição de eventos adversos. Esta permite que o profissional de saúde seguinte possa ter uma perceção global e específica do estado clínico do doente, assim como de todo o plano de cuidados previamente estabelecido, facilitando a realização e organização das intervenções de enfermagem presentes e futuras.

Considerando a norma antes referida, um dos principais fatores que podem colocar em causa a segurança dos doentes são os erros/falhas de comunicação que podem ocorrer durante a transição de cuidados, uma vez que estes são momentos vulneráveis/críticos cuja complexidade envolve um maior risco de erro na transferência de informação, como é o caso das admissões e altas hospitalares para o domicílio ou para outro nível de cuidados, e das mudanças de turno na mesma instituição.

Como processo fundamental, refere Tranquada (2013), que os momentos de transição de cuidados carecem muitas vezes de objetividade e efetividade. A informação transmitida nestes momentos pode ser colocada em causa, dado que a inexistência de uma estrutura formal para a sua transferência, nomeadamente de linhas orientadoras, pode levar a que a mesma seja irrelevante, repetitiva, especulativa ou contida noutras fontes de informação.

Conforme os autores Rodrigues, A., Azevedo, C., Calvo. V. (2016) citam a OE (2001), a mudança de turno ou PT, é apresentada como um momento de reunião da equipa de Enfermagem, com o objetivo de garantir a continuidade do cuidados, por meio da transmissão verbal de informações, com o objetivo de promover a melhoria contínua da qualidade do cuidado, enquanto momento de análise das práticas em serviço e referentes a determinada situação.

Tal como o que é observado ao longo deste contexto de estágio, o SU é um serviço peculiar, onde é notória uma constante atividade da disciplina, sendo propício à ocorrência de interrupções ao momento da PT, repercutindo-se em falhas de comunicação.

Ressalvam Sousa, J., *et al.* (2019) que a continuidade dos cuidados de forma eficaz e segura, segundo a *World Health Organization* (2007), considerando a PT um momento essencial pela disponibilidade de informação precisa sobre o doente relativamente aos cuidados de saúde, tratamentos e serviços, condição atual e todas as alterações recentes ou previstas, estão totalmente dependentes da existência de mecanismos de comunicação eficientes entre os elementos da equipa. Para que a PT seja eficaz, esta deve seguir linhas orientadoras para evitar omissões de dados ou ambiguidades dos mesmos, sendo necessário incentivar os enfermeiros e profissionais de saúde a compreender a qualidade da informação transmitida, bem como a sua relevância para que atuem em prol da prática de cuidados de excelência, respetiva continuidade e segurança do doente.

ISBAR, segundo a Norma 001/2017 da DGS (2017), é uma ferramenta de padronização de comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados. É uma técnica de comunicação que permite que a informação seja transmitida de uma forma estruturada, previsível e concisa, considerada como um instrumento que facilita a compreensão entre os elementos envolventes do momento. A mnemónica ISBAR, funciona como um auxiliar de memória que permite, através de formas simples, memorizar construções complexas, para serem utilizadas na transmissão verbal de informação do processo da transição de cuidados:

- Identificação: Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação;
- Situação atual/ causa: Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde;

- Antecedentes/ Anamnese: Descrição dos fatos clínicos de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade;
- Avaliação: Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas;
- Recomendações: Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente.

Segundo a DGS (2017), ainda são identificadas outras falhas na comunicação: omissões de informação, erros nas informações, falta de precisão e a falta de priorização das atividades. Considerando os autores Sousa, J., *et al.* (2019), a informação a ser transmitida consiste num conjunto de dados, dispostos num contexto útil e de grande significado que, quando fornecido atempadamente e de forma adequada, proporciona orientação, instrução e conhecimento ao seu recetor, possibilitando e influenciando a tomada de decisão, a nível clínico, organizacional e de gestão. Desta forma, a informação escolhida a ser transmitida deve ser fiável e precisa, pois a continuidade dos cuidados depende fortemente da quantidade e qualidade com que os dados são partilhados

A metodologia ISBAR é recomendada por diversas organizações de saúde por força da sua fácil memorização pelos profissionais, pela possibilidade de replicação em diferentes contextos da prestação de cuidados, mas também porque é uma estratégia de compreensão de mensagens, que recorre a uma metodologia padronizada, simples, flexível, concisa e clara para comunicar informações desses cuidados. Tem ainda a particularidade de contribuir para uma rápida tomada de decisões, promovendo o pensamento crítico, diminuindo o tempo na transferência de informação, promovendo a rápida integração dos novos profissionais no âmbito da transição dos cuidados.

Esta metodologia de comunicação acaba por se tornar, tal como Tranquada (2013) defende, uma ferramenta eficiente para colmatar os diferentes estilos de comunicação, padronizando e uniformizando o método, o que permite a diminuição de erros derivados do processo de comunicação num momento crítico, como em qualquer transição dos cuidados de saúde.

A temática em questão foi escolhida para a realização de um novo projeto no âmbito das competências comunicacionais que me propus desenvolver no contexto da obtenção do título de Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica. No contexto de estágio do SU, verificam-se diversas lacunas que comprometem a segurança da

comunicação na transição de cuidados durante a PT e respetiva continuidade de cuidados e sua qualidade. Considerando a bibliografia analisada, a implementação da metodologia ISBAR permite melhorar a comunicação entre profissionais, promovendo um clima de segurança e reduzindo os incidentes e eventos adversos causados por erros/falhas de comunicação e/ou interrupções da PT.

Considerada uma temática atual, os erros/falhas de comunicação que ocorrem no momento de transição de cuidados são um problema real e devidamente documentado na diversa bibliografia disponível. Tendo em conta as vivências e observações realizadas neste contexto de estágio, identificou-se facilmente a necessidade da elaboração de uma estratégia que melhorasse a eficácia da comunicação no processo de transição de cuidados no SU. Surgiu, assim, em consenso com o Enf. Chefe e Enf. Tutor a ideia de elaborar um Guia Orientador da Passagem de Turno, com base na técnica ISBAR. Após uma revisão bibliográfica elaborei o estudo: “Comunicação na Passagem de Turno do Serviço de Urgência Médico Cirúrgica” (Apêndice III), e respetiva ação de sensibilização à equipa profissional (Apêndice IV), objetivando a melhoria do processo de comunicação na transição de cuidados, a procura permanente da excelência no exercício profissional, a contribuição para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem, Assim, utilizando metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade, atendemos aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da OE (2001) e cumprimos com as atividades delineadas pela OE (2019), no âmbito do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, ao Enfermeiro Especialista: identificação de oportunidades de melhoria; o estabelecimento de prioridades, e respetiva seleção de estratégias de melhoria através da fomentação e implementação de programas de melhoria contínua da qualidade, planeando programas de melhoria contínua com a agilização e elaboração de guias orientadores de boa prática, usando evidência científica e normas decretadas para as necessárias avaliações da qualidade.

Enquanto futura Enfermeira Especialista, considero fundamental adotar uma atitude interventiva constante, com o objetivo de promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. A temática foi bem acolhida pela equipa e até discutida, pois em concordância com os presentes, é notória a necessidade de melhoria deste cuidado de enfermagem. Perante as dúvidas colocadas, procurei esclarecê-las, demonstrando um nível mais aprofundado de conhecimentos e zelando pela maior e melhor qualidade dos cuidados prestados, uma vez que esta atitude também faz parte das competências do enfermeiro

especialista. Considerando que a apresentação da temática fez parte do plano formativo do SUMC, aquando a avaliação da mesma, bem como do meu desempenho enquanto formadora, os presentes consideraram que a formação foi pertinente, com evidência científica recente e significativa para a nossa realidade. Após apreciação positiva por parte do Enf. Chefe, aceitei dar início ao projeto, assumindo a liderança de um programa de melhoria contínua com o supervisionamento do respetivo processo de melhoria e desenvolvimento da qualidade e com o incremento da normalização e atualização de uma solução possivelmente eficaz e eficiente, atividades e respetivas competências traçadas ao Enfermeiro Especialista pela OE (2019). Além disso, autorizei o uso do mesmo como projeto de melhoria da qualidade no âmbito da Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica do SUMC da instituição.

Com a elaboração, desenvolvimento e futura implementação deste documento, pretende-se validar a necessidade de intervenção nesta área de cuidados no SU, em prol de uma cultura de segurança do doente no SU, através de uma comunicação eficaz e de qualidade na transição de cuidados originando uma constante melhoria contínua dos cuidados de Enfermagem ao doente em situação crítica e, por fim, cumprir com a missão da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 da DGS (2015): potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, garantindo os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde e reforçar os mecanismos e melhorar as respostas ao reporte de efeitos adversos e acidentes em cuidados de saúde.

Pelo que foi descrito anteriormente, considero ter contribuído para a melhoria da qualidade de cuidados prestados no serviço, bem como ter prestado cuidados especializados de qualidade ao doente com base na evidência científica em contexto urgente/emergente e sob os CI. Desta forma, penso ter conseguido atingir os objetivos a que me propus no início deste estágio e, concomitantemente, ter desenvolvido como competências a garantia de um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, o desenvolvimento de práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e a garantia de um ambiente terapêutico e seguro.

### 4.3. Domínio da gestão dos cuidados

De acordo com o descrito no OE (2019) no âmbito deste domínio, é objetivo do Enfermeiro Especialista gerir os cuidados de enfermagem, otimizando os mesmos em função da segurança e qualidade no âmbito da sua área de atuação e em articulação com a restante equipa de saúde; e liderar e gerir os recursos disponíveis consoante a realidade existente e suas necessidades, garantindo a qualidade dos cuidados prestados.

Para os objetivos delineados:

- Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência à pessoa em situação crítica e família sob CI e cuidados de Urgência/Emergência;
- Conhecer os sistemas de informação utilizados nos serviços UCIP e SU;

A vertente tecnológica existente na UCIP está deveras presente e é, sem dúvida, cada vez mais um dos braços direitos no que respeita aos registos de Enfermagem. Na UCIP onde permaneci em estágio, é utilizada a plataforma de registos *PICIS*, que confere uma utilidade bastante versátil, quer na vertente da admissão, de vigilância, prescrição, registos de enfermagem, avaliação médica, relatórios de exames complementares de diagnóstico e interligação com restantes sistemas de informação utilizados no hospital. Desta forma, todo o suporte clínico está informatizado, desde a admissão do doente até ao momento da sua alta. Uma das características verdadeiramente vantajosas é a sua capacidade de captura contínua dos parâmetros vitais a partir da monitorização hemodinâmica invasiva ou não invasiva, o que permite um apoio significativo na continuidade de registos de enfermagem e um alerta quando estes sofrem grandes e consideráveis discrepâncias em relação aos valores de referência, sendo necessário apenas a validação dos mesmos, às horas precisas e protocoladas pela Unidade e alguns registos extras não menos importantes: dor e glicemia capilar. Relativamente à realização de balanço hídrico, o próprio programa regista informaticamente os líquidos administrados (terapêutica, alimentação, entre outros), conforme as prescrições, e eliminados (diurese, perdas hemáticas por drenagens, entre outros), sendo que o *software* realiza automaticamente o balanço hídrico por hora, turno e/ou dia consoante o pretendido. Este sistema permite um rápido acesso a toda a informação da PSC (curvas de tendências, identificação de problemas reais ou potenciais).

Permite, também, consultar o respetivo plano terapêutico traçado à sua admissão e com necessárias alterações ao longo da sua permanência na unidade, consultar todos os parâmetros de monitorização invasiva e não invasiva e terapêutica administrada, visto ter uma interligação com a maior parte dos equipamentos utilizados com o doente. No fundo, é uma ferramenta extremamente útil, de fácil utilização para a vigilância do doente, obtendo no mesmo, os parâmetros e balanços finais da sua monitorização. No entanto, ao trabalhar com este sistema informático, surgiram inúmeras questões quanto ao seu funcionamento, os dados que fornecia e como correlacioná-los de forma a comunicá-los de maneira clara e adequada. Como tal, existiu redobrada atenção da minha parte para com a compreensão das suas funcionalidades e com ela melhorar a minha metodologia de trabalho.

Para os objetivos delineados:

- Comunicar as conclusões, fundamentadas em raciocínios clínicos, de uma forma clara e sem ambiguidades, ao doente e família em contexto de CI e Urgência/Emergência;
- Desenvolver capacidades de comunicação e trabalho na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
- Verificar o protocolo de integração de novos enfermeiros na equipa multidisciplinar.

Na abordagem a estes doentes, tendo em vista a prestação de cuidados de forma holística, encontrei também a necessidade de desenvolver competências não só técnicas como é esperado, como também competências relacionais, de forma a que todo o tipo de cuidados a estes doentes/família, na maioria das vezes envolvido por uma forte componente técnica e de presença de equipamentos, possa também ser desenvolvido através de um cuidado mais humanizado, proporcionando uma atuação melhorada, efetiva e eficiente dos cuidados de saúde necessários, com o foco na pessoa doente e respetiva família com o objetivo de oferecer a sua merecida atividade assistencial.

De acordo com os autores Cresmasco *et al.* (2009) a condição do doente crítico exige, na maioria das vezes, a presença de meios avançados de monitorização na mesma proporção da gravidade do seu estado. Cuidados de excelência, que não deverão ser apenas centrados,

dirigidos ao aspeto fisiopatológico, mas também compreender a díade doente-família, contribuindo para a humanização dos cuidados.

Tal como o título do Projeto de Estágio traduz, um dos grandes alvos desta unidade curricular é o desenvolvimento das Competências Comunicacionais na Enfermagem à PSC. De acordo com Caetano, *et al.* (2007), o cuidado de Enfermagem ultrapassa o procedimento técnico, expressando-se também pelas atitudes e pela relação. Assim, quando o cuidado acontece num ambiente que exige alta tecnicidade, pode conduzir à desvalorização da assistência humanizada, e exige-se a reflexão, a procura e a consciencialização de um cuidar humanista com práticas refletidas, focando-se naquele que se cuida.

As Unidades de CI apresentam características distintas dos restantes serviços do hospital. São unidades com um ambiente cuja dinâmica impõe ações complexas, nas quais o limiar da vida é uma constante, gerando ansiedade no doente, na família e nos profissionais que atuam perante tais situações. Desta forma, a comunicação é uma das ferramentas que promove a interação Enfermeiro – Doente, tornando-se uma atitude terapêutica. A importância do relacionamento, da presença, da comunicação, da disponibilidade, de modo efetivo, e com a devida qualidade são pormenores aliados à habilidade técnica que ajudam e promovem o processo de humanização de cuidados. A empatia e o toque nos doentes ventilados ou com dificuldade na expressão verbal incluíram, também, a mímica labial e o esforço redobrado na compreensão mútua, com o intuito de selecionar e utilizar de forma adequada, as habilidades de relação de ajuda à pessoa em situação crítica e suas famílias.

No que concerne ao acompanhamento da família no momento da visita, este foi talvez o momento menos abordado e praticado, porque o horário de visita surge no período da tarde entre as 16.30 às 18:30, e foram os turnos menos realizados. No entanto, de acordo com o que foi observado, é objetivo do enfermeiro desmistificar o ambiente, e possibilitar a expressão dos seus sentimentos e dúvidas, promover uma esperança realista e uma comunicação entre doente e família, tendo em conta a sua condição, e sob diversas formas: toque, expressão verbal, escuta, ou até mesmo o silêncio, demonstrando presença, gerindo a ansiedade e medo da situação encontrada e maioritariamente presente. Assim, e de uma forma não convencional, aconteceu o preconizado por Kaakinen *et al.* (2010), citada por Campos (2014), está no papel do enfermeiro cuidar da família para diminuir a perturbação

familiar, e conseqüentemente dar mais apoio ao doente, pois quando os seus elementos se envolvem no processo de cuidar fortalecem as suas relações familiares.

A doença de um familiar remete, regra geral, para um acontecimento causador de *stress*, angústia e ansiedade, o que por vezes leva a crises familiares, como refere Frias, *et al.* (2013). Os mesmos autores descrevem que é importante o enfermeiro identificar as necessidades da família de modo a atuar de forma assertiva, auxiliando-a a lidar com a situação da forma mais adequada. Pela revisão dos autores, verifica-se a identificação de três necessidades mais importantes: a necessidade de informação, a necessidade de segurança/apoio e a necessidade de estar perto do doente, sendo que os enfermeiros devem dirigir os seus cuidados não só às necessidades dos doentes, mas também dos seus familiares.

A Comunicação é também vista como o braço direito do acolhimento e integração de novos elementos no próprio serviço, ou seja, é a primeira imagem e rosto de cada serviço. De acordo com a OE (2017), o processo de integração é determinante no sucesso da adaptação do profissional à organização e, conseqüentemente, no seu desempenho profissional. Considera-se um processo individual e flexível, onde cada enfermeiro tem uma história de vida, tem experiências, atitudes e ritmos diferentes, os quais devem ser considerados. Tal como é citado, Marriner (2009) descreve que a existência de um programa de acolhimento numa organização permitirá que um novo elemento assimile, o mais rapidamente possível, a sua cultura e se comporte como um membro dessa organização. Por sua vez, Chiavenato (2001) sublinha que é através da integração que o indivíduo aprende o sistema de valores, normas e padrões de comportamento de forma a adquirir novas competências, apropriadas à realidade que se aproximam.

Com isto, consoante os conselhos do Enfermeiros Tutores e Enf.<sup>a</sup> Chefe do serviço da UCIP e Enf. Gestor do SU, disponibilizei-me para a elaboração de um Manual de Acolhimento ao Estudante na UCIP e no SU (Apêndice II, I, respetivamente), como guia orientador de tarefas e um instrumento facilitador no processo de acolhimento e integração. Documento este, com o objetivo de fornecer as informações e ferramentas necessárias para o estágio, de forma a facilitar a integração nos respetivos serviços, procurar criar as melhores condições de acolhimento e inserção, e ao consultá-lo ficar a conhecer, o modo de funcionamento, regras e valores partilhados que possibilitam uma identificação mais rápida, da cultura organizacional dominante e praticada no serviço, proporcionando um

clima de confiança, tal como é preconizado pelas atividades a realizar pelo Enfermeiro Especialista no âmbito deste domínio.

Ambos os manuais foram elaborados com base na evidência científica disponível, correspondente às vantagens da integração e acolhimento com a existência de um manual, realçando a importância da presença deste para a melhoria da qualidade do serviço, valorizando a missão, visão e valores instituídos em cada serviço. Resultante da valorização desta temática, emergiu um bom *feedback* de ambos os serviços, o que permitiu a sua utilização em diante, sendo que a aplicação na UCIP mais direcionada no âmbito do Estudante de Especialidade EMC, e no SU adequado aos dois contextos académicos, Licenciatura e Especialidade.

É de salientar que na circunferência deste domínio, o projeto do Guia Orientador da Passagem de Turno no SUMC com base na técnica ISBAR, mencionado e descrito no domínio anterior, é também, tal como o próprio nome indica, segundo as competências e respetivas atividades descritas pela OE (2019) um Guia Orientador de tarefas, onde está repercutida uma técnica de instrução ou demonstração prática da tarefa a realizar, a transição de cuidados com uma comunicação eficaz e, por último, é visto como um método de organização do trabalho adequado à temática abordada.

Por fim, considero ter contribuído para a gestão dos cuidados em ambos os serviços, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas realizadas, adquirindo e aperfeiçoando as capacidade e competências no âmbito da componente da gestão dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde adequando os recursos às necessidades.

#### **4.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

Segundo OE (2019) e face a este domínio, cabe ao Enfermeiro Especialista a capacidade e desenvolvimento do autoconhecimento centrado para prática de Enfermagem Especializada, com base na evidência científica, no conhecimento válido, atual e pertinente existente, e apresentar-se como agente facilitador dos processos de aprendizagem e ativo no campo da investigação.

De acordo com o que foi vivenciado na UCIP, o doente submetido aos cuidados especializados da Medicina Intensiva é, sem dúvida, alguém particularmente vulnerável,

requerendo um acompanhamento extremamente especializado, ou como melhor descreve a OE (2018, pp. 4), *“aquele 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”*. Tendo em conta a reduzida experiência profissional no âmbito dos CI, considerando apenas o passado estágio na Unidade de CCT noutra hospital diferenciado no norte do país, no contexto laboral exercido nos primeiros dias de estágio, reconheci as minhas necessidades pessoais. No entanto, já existia um menor receio na prática dos cuidados, pois coincidia com o 2.º período de estágio em CI.

Com esta sensação, passei por uma fase de atenta observação e questionamento, assumindo todas as dúvidas como pertinentes e fundamentais para o meu crescimento. Com esforço, empenho e dedicação rumei até fim deste período, com uma paralela componente de estudo, que me permitia gradualmente sentir mais conforto a cada dia. Cautelosamente, a prática dos cuidados e com a frequência da sua realização, permitiam uma atuação mais segura e com diminuição do receio inicial. No entanto, a validação com o enfermeiro tutor foi uma das minhas atitudes permanente para qualquer exercício menos comum, no qual não apresentava tanta destreza ou que acrescentava dúvidas da minha parte.

Conforme Patrícia Benner (2001) assume a experiência é necessária para a perícia, e comparando a teoria por ela descrita com a realidade vivida neste estágio, o aumento da prática e experimentação facilitou a minha evolução no exercício dos cuidados de enfermagem à PSC, aprimorando o manuseio de instrumentos de monitorização invasiva, no toque terapêutico e na comunicação com o doente.

O facto de ser uma unidade polivalente permitiu-me contactar com diversas patologias e situações, tornando-se uma mais-valia, possibilitando uma apreensão mais abrangente desta realidade, uma adequada avaliação e fundamentação dos diferentes procedimentos e cuidados especializados realizados, os diferentes métodos de monitorização como meio de vigilância e a eventual antevisão de situações complexas, relativamente ao estado e condição do doente, segundo a sua patologia.

Toda esta dinâmica engloba a aquisição de competências, de forma a operacionalizar o melhor possível todo este percurso, sendo formulados alguns objetivos específicos numa fase anterior ao início do estágio discutidas com a Orientadora da unidade curricular e posteriormente com o Enfermeiro Tutor que acompanhei e Enfermeiro/a Chefe do serviço.

Um internamento quando de cariz intensivo, é um processo complexo de grande impacto e dimensão para o doente e família. No pós-operatório imediato, o doente encontra-se sob VMI, necessitando de uma rigorosa monitorização hemodinâmica de forma a promover a sua recuperação e a deteção precoce de eventuais complicações. Do mesmo modo, existe uma complexidade de cuidados que requer um conjunto de conhecimentos e competências especializadas de enfermagem, cujo desenvolvimento requer um acumular de experiência clínica e a presença constante da vertente formativa especializada de forma que a atuação do profissional de saúde seja baseada na evidência científica e o mais atual possível.

Para estes objetivos delineados:

- Assistir a pessoa, família/cuidador, tendo em conta a sua situação crítica em ambiente CI e do SU.
- Identificar as necessidades mais comuns e atuar perante as mesmas no âmbito dos CI e do SU;

Propus-me a desenvolver várias competências, tais como: a demonstração de conhecimentos sobre a complexidade dos problemas da PSC em contexto de CI; a apresentação de capacidades de diagnóstico e juízo clínico, a execução de intervenções adequadas aos diferentes contextos de cuidados à pessoa; a capacidade de compreensão da complexidade dos problemas e/ou situações não familiares e respetiva resolução com as adequadas intervenções.

Ao longo do período que lá permaneci, foram estas as competências que foram atingidas através da realização de algumas atividades: realização de colheitas sistemáticas de dados de forma a realizar o mais adequado plano de cuidados à situação do doente, doentes estes advindos maioritariamente do SU, e também de cirurgias programadas que, numa fase inicial do período pós-operatório, necessitam de uma maior vigilância e cuidados especializados e que permitem uma melhor estabilização da sua condição de saúde no momento. A verificação das especificidades no estabelecimento de prioridades; a atuação no sentido da deteção, prevenção precoce de complicações; a execução dos cuidados mediante situações imprevistas e complexas da condição crítica do doente; o aprofundar dos conhecimentos sobre as patologias, cuidados suplementares a estas, a antecipação e reconhecimento da deterioração do estado do doente são algumas das muitas tarefas fulcrais que obrigam o conhecimento e fundamentação da fisiopatologia dos doentes.

Como tal, tendo em conta a diversidade de patologias que a UCIP recebe e aquelas que tive oportunidade de ter contato, foi necessário, da minha parte, aprofundar devidamente os meus conhecimentos em várias temáticas, como a Pneumonia Adquirida na Comunidade e respetivas complicações; Fasceíte Necrosante e devidos cuidados; Síndrome Mielodisplásico, Choque Hemorrágico, e ainda no âmbito cirúrgico: Enderteretomias Carotídeas e Duodenopancreatectomia. O doente crítico, sendo transversal a todas as fases do ciclo de vida, assume por parte dos profissionais de saúde, uma abordagem diferenciada e corretamente dirigida, facto que se impõe pela gravidade da sua situação. Deste modo, todo o doente médico-cirúrgico poderá ser alvo de uma panóplia de cuidados avançados e diferenciados, pertencendo ao enfermeiro especialista e membro de uma equipa multidisciplinar, tal como o que foi observado e realizado em campo de estágio durante este período, o papel de obter, otimizar e direccionar as suas respostas às necessidades específicas destes doentes.

Todo este processo de aquisição de competências contribuiu para o meu enriquecimento pessoal e profissional, o que me permitirá futuramente adequar e melhorar a minha resposta como Enfermeira Especialista às necessidades do doente nesta fase.

Para Duarte, *et al.* (2012), a equipa de enfermagem permanece durante o período de internamento hospitalar junto do doente, sendo alvo de uma observação e vigilância contínuas, prestando assistência ininterrupta, identificando as respostas humanas resultantes da sua condição e situação crítica, traçando os diagnósticos de enfermagem para construir o plano de cuidados a ser implementado de forma individualizada e personalizada. A fim de uma prestação de cuidados diferenciados nesta área, o enfermeiro precisa de adquirir e/ou desenvolver competências em diversos domínios como: VMI, monitorização hemodinâmica, controlo da dor, prevenção e controlo de infeções, e na componente de uma comunicação eficaz, segundo Duarte, *et al.* (2012); Vegni, *et al.* (2008) e Santos, Laus e Camelo (2015), princípios estes essenciais para a assistência ao doente em situação crítica.

O Suporte Ventilatório de forma artificial promovendo a ventilação e oxigenação é um dos suplementos maioritariamente usados na UCIP. A seleção do modo ventilatório apropriado depende sempre das características clínicas do doente e obrigatoriamente do tipo de ventilador disponível. Quanto à prestação de cuidados ao doente com esta particularidade, Vital, Bento e Duque (2010), mencionados por Reis, (2017), referem que é essencial que o

enfermeiro tenha conhecimento sobre as modalidades e parâmetros ventilatórios a serem programados, de modo a garantir a monitorização e vigilância adequadas do doente. A necessária experiência por parte do profissional no manuseamento do material e da prestação de cuidados no âmbito da VI, não é atingida a 100%, visto a Medicina Intensiva não ser o meu dia-a-dia e o tempo de contato não ser o suficiente para assimilação de todas as informações, mas foi significativo para a experiência obtida. Tive oportunidade de proceder aos cuidados necessários até à extubação do doente e rever os benefícios e possíveis complicações do procedimento. No entanto, como constataram Silva, *et al.* (2012) aquando a extubação orotraqueal, após sucesso no teste de respiração espontânea, 10 a 20% dos doentes evoluem com necessidade de reintubação, o que pode elevar a mortalidade até 50%. Entre os principais fatores associados a esta falha está a idade superior a 65 anos e a presença de insuficiência cardíaca, critérios presentes na maioria dos doentes internados na UCI. A recomendação destes autores é que dada a elevada probabilidade de ser necessária a reintubação do doente, deverá estar presente aquele que está habilitado a fazê-lo.

O receio sentido desde o primeiro estágio nesta temática foi diminuindo francamente, porque a prática e o contato com o doente entubado está deveras presente, o que permitiu a melhoria da minha destreza profissional, sendo fundamental para a minha evolução. Paralelamente às competências técnicas adquiridas, houve necessidade de desenvolver a componente teórica, nomeadamente sobre as particularidades existentes nos cuidados ao doente sob VI, e VNI, o que me permitiu fundamentar melhor as minhas atitudes e melhorar a minha ação com base da evidência científica.

No âmbito do desmame ventilatório referido por Reis, (2017), a interrupção total e definitiva do apoio ventilatório é a decisão com intuito do doente poder ser extubado e conseguir manter de forma autónoma uma ventilação suficiente para garantir as trocas gasosas a nível pulmonar. A redução progressiva da sedação num doente foi um dos procedimentos observados de perto, sendo que à medida que o doente recuperou o seu estado de consciência, foram sempre adaptados os parâmetros ventilatórios à sua condição e recuperação, mantendo as suas necessidades ventilatórias salvaguardadas. Tudo com base na atuação e tomada de decisão do enfermeiro, a quem lhe é proporcionada autonomia, em conciliação com a equipa médica e segundo estudos analíticos e monitorização das trocas gasosas e eletrolíticas frequentes.

O desequilíbrio hemodinâmico e eletrolítico do doente na UCI é provável, o que implica, especialmente para o enfermeiro, uma vigilância de diversos parâmetros significativos: PA, respetiva média; frequência cardíaca (FC); frequência respiratória (FR), saturação periférica de oxigénio (SpO<sup>2</sup>), temperatura corporal, pressão venosa central (PVC), débito cardíaco, monitorização eletrocardiográfica, débito urinário, balanço hídrico, valores analíticos e gasométricos, de forma a detetar precocemente eventuais complicações (Lira *et al.*, 2012).

A gestão e administração de planos terapêuticos complexos foi uma das atividades mais desenvolvidas ao longo de todo o período de estágio. Inicialmente, era confusa a tamanha quantidade de fármacos em uso. Contudo, no dia-a-dia o manuseamento e a articulação que era realizada perante as respostas do doente ao longo de todo o seu internamento foi tornando-se acessível, sendo propícia a minha atenção e estudo, para a necessária fundamentação perante todas as alterações realizadas e respetivas respostas do doente. Perante qualquer alteração terapêutica, o pensamento crítico é imprescindível para relacionar os sinais, sintomas e valores analíticos do doente à situação clínica, antevendo a ação da medicação e eventuais efeitos secundários, algo que nesta fase já consigo gerir mais facilmente, e com o desenvolver do estágio já conseguia reconhecer precocemente os sinais e alterações prováveis. Foi frequente a administração de Hemoderivados (Plasma, Fibrinogénio, Eritrócitos e Plaquetas), o reconhecimento dessa necessidade, o procedimento para a ação, os cuidados e vigilância foram realmente capacidades e conhecimentos aprofundados.

Quanto ao Cateter Venoso Central (CVC), o acesso major dos doentes em situação crítica, está a ele associado a monitorização da PVC que é realizada por meio da ligação a um transdutor tal como na monitorização da PA. É desta forma verificada e monitorizada a PA direita (pressão de preenchimento do lado direito ou a pré-carga do ventrículo direito). Esta monitorização é direcionada para a avaliação da função cardíaca, e para a infusão da terapêutica para manutenção da condição do doente, ou em emergência. Os cuidados com a manutenção e vigilância do CVC são imprescindíveis, tal como qualquer outro dispositivo de monitorização invasiva. Incluem sempre a importância da utilização absoluta da técnica asséptica no manuseio do sistema, a observação do local da inserção do CVC, o despiste de sinais inflamatórios, a manutenção do local de punção com penso limpo e seco, estéril e seguro.

Para além de toda a monitorização hemodinâmica mencionada, tive oportunidade ainda de contactar mais uma vez com o Cateter de Swan-Ganz, um instrumento de monitorização diagnóstica, meio de monitorização invasiva de extrema eficácia na avaliação da monitorização hemodinâmica, na determinação do débito cardíaco mediante a administração de líquidos endovenosos, inotrópicos e agentes redutores da pós-carga. Está indicado em diversas circunstâncias, mas na situação em questão foi com o objetivo de ter acesso à avaliação da função ventricular direita, à monitorização os défices cardíacos, das alterações da pressão arterial pulmonar, consequentes de uma Insuficiência Cardíaca Refratária e de uma Hipertensão Pulmonar. Outro dispositivo com o qual tive contato pela primeira vez foi o VolumeView e que segundo a Edwards Lifesciences, é uma tecnologia que permite a exibição de valiosos parâmetros volumétricos: água pulmonar extravascular; índice de permeabilidade vascular pulmonar; volume diastólico final global; fração de ejeção global, sendo capaz de lhe oferecer uma representação exclusiva, clara e visual do estado fisiológico do paciente. É uma tecnologia destinada à monitorização dos doentes críticos, nos quais a função cardiorrespiratória, o estado dos fluidos e a resistência vascular necessitam de avaliação constante e/ou intermitente. O sistema VolumeView também fornece parâmetros hemodinâmicos: débito cardíaco; volume sistólico; resistência vascular sistêmica; variação do volume sistólico e o índice do volume sistólico.

Para além deste, tive também oportunidade de conhecer, o sistema FloTrac, mais conhecido por Vigileo, ferramenta tecnológica que reflete as mudanças físicas rápidas. Os parâmetros hemodinâmicos avançados fornecidos por este sensor oferecem uma visão contínua para determinar com mais precisão o estado dos fluidos do doente: índice cardíaco; volume sistólico, variação do volume sistólico. Trata-se de um dispositivo minimamente invasivo, que se conecta ao cateter arterial para suporte clínico visual e de maior clareza na administração de volumes durante procedimentos cirúrgicos de risco moderado-alto ou em situações de instabilidade cardíaca.

Dentro dos recursos tecnológicos de suporte orgânico, há possibilidade de executar técnicas de substituição renal, dispondo para esse efeito de vários monitores *Prismaflex*. As técnicas de diálise contínua foram comuns a muitos dos doentes com os quais tive contato. É uma técnica frequentemente utilizada em casos de Insuficiência Renal Aguda, situação frequente, que faz, habitualmente, parte de uma falência multiorgânica. Uma diminuição rápida da filtração glomerular, com incapacidade dos rins em eliminar os produtos de metabolismo e manter o equilíbrio eletrolítico e ácido-base, conduz a uma acumulação

elevada da ureia, creatinina e diminuição acentuada do débito urinário, características pelas quais se diferenciam a técnica utilizada: com ou sem ultrafiltração, hemodiálise, hemodiafiltração. Tendo em conta a minha prática de base em Hemodiálise, é de fácil compreensão o manuseamento e execução de técnica.

Aquando a utilização e necessidade do uso da técnica dialítica, ajudei na montagem, preparação e colocação em funcionamento do sistema fazendo o “priming” da máquina. Tive oportunidade de prestar os cuidados ao doente enquanto realizava a técnica dialítica, sendo que os cuidados de enfermagem prestados visaram sobretudo a vigilância da otimização do volume de fluido do utente e da sua situação hemodinâmica (vigilância de edemas), a manutenção da permeabilidade do sistema de filtração, a prevenção da perda de sangue devido a desconexão da linha, a prevenção da infeção, a avaliação de sinais de sobrecarga hídrica, a monitorização da temperatura e o apoio emocional ao doente.

Segundo a OE, o enfermeiro deve basear a sua prática clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimentos, sendo fundamental o recurso a quadros conceptuais que orientem os cuidados prestados. Com a Teoria das Transições de Meleis *et al.* (2000) considerou-se pertinente a sua utilização para melhor compreender a forma como a pessoa vivencia o processo de saúde/doença no âmbito dos CI e, conseqüentemente, procurar delinear as intervenções terapêuticas de enfermagem mais adequadas à sua situação crítica.

O conceito transição provém da teoria de crise, essencialmente um distúrbio de equilíbrio, uma perturbação de um estado estável, exigindo, por parte do indivíduo novos padrões de comportamento, estratégias de *coping*, utilizadas pelas pessoas para se adaptarem a circunstâncias adversas ou causadoras de *stress*. Exemplo de situações que podem provocar instabilidade, desencadeando um processo de transição, são as experiências relacionadas com a doença, como diagnósticos, procedimentos cirúrgicos, reabilitação ou recuperação, defende Meleis *et al.*, (2000). Assim, pode-se inferir que um internamento numa UCI é um contributo para uma contexto instável e vulnerável, tendo em conta que se encontra em situação crítica, requerendo cuidados especializados da Medicina Intensiva. Todo este processo desencadeará num processo de transição para o doente algo destes cuidados, mas que em paralelo com o papel da Enfermagem, neste contexto pertence ao enfermeiro contribuir para uma transição saudável.

O enfermeiro, como o profissional de saúde que dispõe de mais tempo junto das pessoas que vivenciam estas transições, sendo este processo central para a profissão, segundo Meleis *et al.* (2000), deverá contribuir para que as transições sejam realizadas de uma forma saudável, mobilizando a própria pessoa durante o processo e especificando e especializando as competências enfermeiro neste campo.

As terapêuticas de Enfermagem devem-se focar na prevenção de transições mal sucedidas, na promoção da sensação de bem-estar e em estratégias para ajudarem as pessoas a lidarem com as transições. Como já referido, segundo Meleis, *et al.* (2000), uma transição, baseia-se num processo que ocorre no tempo e que implica mudanças no modo como a pessoa percebe o seu mundo interno e externo, sendo frequentemente associado a sentimentos de perda, novas relações e a necessidade de desenvolver novas estratégias de *coping*. De acordo com as condições e características dos internamentos da UCIP, facilmente se desenvolve um processo de transição.

Face ao vivenciado no SU, devido ao fato de fazer parte desta SUMC, mas na ala pediátrica, toda a dinâmica do SUMC era conhecida. No entanto, a sua organização difere da do meu dia-a-dia. Como tal, nos primeiros turnos com o enfermeiro tutor, procurei conhecer as diferentes áreas, a sua dinâmica, a sua articulação e quais os principais circuitos dos doentes admitidos no SU. Paralelamente, através da consulta dos protocolos do serviço, pesquisa bibliográfica e informações fornecidas pelo enfermeiro tutor, foi possível compreender melhor a sua cultura organizacional.

Este estágio permitiu contactar novamente com distintas e enriquecedoras experiências que contribuem para o meu crescimento pessoal e profissional através do desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à pessoa que vivencia processos complexos de doença crítica e família, em contexto de SU.

Procurei prestar cuidados responsáveis, baseados nos conhecimentos já adquiridos ao longo desta caminhada, na sabedoria profissional, assumindo responsabilidade e desenvolvendo competências específicas desta área. Agi de forma autónoma, pois já me sentia ambientada no serviço em si. Contudo, a reflexão das decisões, conduta e intervenções e discussão com o Enfermeiro Tutor, permitiram-me desenvolver as minhas capacidades e competências no âmbito da autonomia e responsabilidade.

Executar todas as técnicas com rigor, respeitando o procedimento implementado, demonstrando destreza, estabelecendo prioridades e gerindo-as de forma correta, articulando os conhecimentos teóricos com a prática, planejando e implementando os cuidados de enfermagem adequados ao doente foi uma das atitudes major, visto que o alargado fluxo de afluência ao SU obriga a uma atuação o mais cuidadosa possível.

A verificação da sala de emergência, procedimento que acompanhei, é das primeiras tarefas diárias e realizada pelo enfermeiro que está localizado na Área Cirúrgica. Tem como objetivo, ser possível em situação de emergência comumente stressantes, assegurar ao doente em situação crítica todas as suas necessidades. Neste âmbito, é realizada a confirmação do bom funcionamento dos equipamentos, verificação das validades dos fármacos segundo *check list*, bem como a preparação de uma atropina, adrenalina e do soro fisiológico (substituídos de 24 em 24 horas), para situações de emergência já se encontrarem acessíveis, bem como o conhecimento da localização dos mesmos.

Todas as oportunidades foram úteis para o desenvolvimento das competências e em particular, possibilitavam aplicar os conhecimentos, a capacidade de compreensão e resolução perante situações novas e contextos menos familiares relacionadas com área de especialização em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica (EPSC).

A presença e atuação na sala de emergência, surge com elevado receio. Procurei numa primeira fase, observar o desempenho e hábitos dos diferentes profissionais presentes na sala e as funções de cada um. Posteriormente, surgiu a oportunidade de atuar como um elemento ativo e participativo, salvaguardando sempre a supervisão do meu Enf. Tutor e procurando não interferir com o desempenho e cuidados prestados pelos restantes elementos, mas atuando em complementaridade com todos os profissionais de saúde presentes.

Com o decorrer dos turnos ao longo do estágio, tive algumas oportunidades de atuar em contexto de emergência, cooperar na avaliação inicial segundo o algoritmo ABCDE, quer na colheita de análises, monitorização hemodinâmica e fundamentação da mesma, identificação e deteção precoce dos sinais de deterioração do estado do doente, antecipação das possíveis complicações de modo que as intervenções apropriadas sejam adequadas e em tempo útil, etc. Como é óbvio a minha experiência neste contexto é reduzida, apesar de evidenciar iniciativa para atuar, foi essencial para adquirir habilidades e capacidades

técnicas para atuar prontamente, gerindo também o *stress* que é comum nestas circunstâncias. Estabelecer prioridades face às exigências específicas de cada doente e em contexto emergente, foi sem dúvida o maior desafio dentro da sala de emergência em completa situação crítica. Sabemos que para cuidar de pessoas em situação crítica e em risco iminente de vida, é fundamental e decisivo manter uma atitude profissional e tranquila, para possíveis tomadas de decisão de forma sistemática e rápida.

É importante evidenciar que após a estabilização do doente, era sempre privilegiado o apoio emocional ao doente, valorizado o significativo apoio familiar de quem os acompanhava. Desta forma, era transmitida a informação pertinente e se a situação assim o permitisse, eram encorajados a visitar o doente mesmo na sala de emergência, contribuindo, deste modo, para tranquilidade e calma, tanto do doente sob os nossos cuidados, como da família e/ou cuidadores que o acompanham.

Atendendo às vivências e atividades realizadas ao longo de ambos os contextos de estágio, no âmbito da complexidade dos processos médicos e/ou cirúrgicos da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, constato que trabalhei no sentido de responder eficazmente, em tempo útil e de forma holística mobilizando os conhecimentos e habilidades múltiplas na identificação da intervenção especializada na EMC na área da EPSC, na conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção, e na gestão do risco e do ambiente propício a estes cuidados, adequando as respostas numa parceria de cuidar promotora da segurança e da qualidade dos cuidados. Face a estas características, desenvolvi várias competências: cuidar da pessoa e família/cuidadores e otimizar o respetivo ambiente e os processos terapêuticos, na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrente de doença aguda ou crónica.

Na UCIP, dada a impossibilidade ou dificuldade de comunicação, surge a comunicação não verbal que segundo Filho, Caixeta, Stival, Lima, (2012), é de extrema importância a atenção do enfermeiro sob a mesma, pois é primordial a identificação desses comportamentos expressivos como sinais de dor e validarem as informações da autoavaliação da dor do próprio doente.

Como tal, para o objetivo delineado:

- Desenvolver competências de avaliação e controlo da dor à PSC, em contexto de CI e Urgência/Emergência.

De acordo com Castro, C., Vilelas, J., e Botelho, M., (2011), a presença de dor acarreta um aumento substancial do desconforto, além da impossibilidade, ou dificuldade em comunicar o seu sofrimento pelo uso comum e imperativo de artefactos e restrições impostas pelos métodos terapêuticos usados nos CI.

Segundo Chanques, G., *et al.* (2018), a avaliação da dor é considerada como um processo desafiador nos doentes submetidos a CI, sedados e muitas vezes, incapazes de comunicar. Segundo os autores, para os doentes em situação crítica, são recomendadas ferramentas avaliativas comportamentais para detetar dor e posteriormente ajustar a terapêutica analgésica.

Na UCIP em questão, tive oportunidade de ter contato com uma ferramenta tecnológica recente e que permite uma avaliação/medida direta da atividade do Sistema Nervoso Autônomo (SNA) - O ANI (Analgesia Nociception Index). Uma ferramenta eletrofisiológica que avalia a intensidade da dor usando os valores da variabilidade da FC, com o reconhecimento e perceção do equilíbrio entre as componentes parassimpáticas e simpáticas do SNA. Dado o meu desconhecimento de tal tecnologia, decidi elaborar um trabalho académico: “Avaliação da dor associada a meios complementares de avaliação no doente em CI” (Apêndice V), o que permitiu um enriquecimento que reforça a fundamentação da prática perante a avaliação da dor e correspondentes cuidados de Enfermagem com o uso deste dispositivo.

De acordo com a DGS (2003) na Circular Normativa N.º 9/DGCG, a dor é o 5.º sinal vital, o que transforma assim a sua gestão num direito do doente, um dever profissional e um passo fundamental para a efetiva humanização dos cuidados de saúde, determinando como norma de boa prática, a valorização da presença de dor e da sua intensidade, sendo sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas. É assim justificável a avaliação, monitorização regular e sistemática, uma vez que interfere com os padrões de sono, repouso e manutenção de conforto do doente, afirma Santos *et al.* (2015). O enfermeiro deve utilizar escalas validadas, ter em conta a situação do doente e respetivos sinais de dor, de forma a avaliação ser o mais adequada possível e assim corresponder com o melhor tratamento e analgesia, explica o mesmo autor.

Os autores Dédrie, C. *et al.*, (2016) consideram a dor um evento frequente nos doentes sob terapia intensiva e a sua incidência é difícil de avaliar. Existem diversos procedimentos de enfermagem que são considerados como os mais dolorosos e realizados na unidade: a remoção do tubo orotraqueal, a remoção de drenos, a cateterização arterial ou central. São aqueles procedimentos que têm um impacto negativo no sucesso e recuperação da condição do doente, provocando por vezes, distúrbios do sono, alterações psicológicas e até momentos de agitação. Salientam ainda que os sinais em resposta da sensação da dor podem desencadear disfunções do sistema neurovegetativo e na secreção neuroendócrina. Considerando que a dor é um dos sintomas valorizados e tratados na população no seu quotidiano, é recomendada uma avaliação e monitorização rigorosa da dor principalmente em situação crítica.

A avaliação da dor é um processo útil para melhorar essencialmente o conforto do doente e com isso evitar o excesso da terapêutica sedativa e/ou analgésica, tornando-se, assim, uma tarefa ainda mais difícil quando nos direcionamos para o doente em situação crítica não comunicativos e sob sedação.

Com a análise do estudo realizado por Souza e Cruz (2013), a avaliação dos doentes no pós-operatório de grandes cirurgias é um importante aspeto do papel do enfermeiro, visando a identificação das condições clínicas e a monitorização das complicações. As complicações mais frequentes e verificadas neste estudo, a dor foi a mais presente.

Segundo os autores mencionados, é no cérebro que tomamos consciência da dor, independentemente da localização da lesão. Contudo, antes de chegar ao cérebro, o sinal doloroso percorre todo o organismo, desde o local da lesão até ao sistema nervoso central (SNC), e até a sua perceção ser interferida por influências culturais, demográficas, psicossociais e clínicas. Existem dois tipos de células nervosas responsáveis por este circuito: os neurónios aferentes que transmitem o sinal doloroso do local da lesão para o SNC e os neurónios eferentes transmitem os sinais do SNC para os músculos, glândulas e órgãos.

Filho, Caixeta, Stival e Lima (2012), defendem que no âmbito hospitalar, a dor aguda de maior prevalência é a do pós-operatório, usualmente associada ao dano tecidual e que se pode manifestar de forma intensa ou moderada, com maior prevalência nas cirurgias extensas como as torácicas, abdominais e ortopédicas.

Segundo Santos, *et al.* (2017), as queixas de dor, os parâmetros fisiológicos e as escalas de dor utilizadas para avaliar os comportamentos típicos dos doentes são os métodos disponíveis para a avaliação da dor. Todavia, por vezes os doentes em situação crítica não conseguem comunicar de forma eficaz devido à sua condição, gravidade da doença, sujeitos a ventilação mecânica, sob efeito de sedativos e analgésicos e até mesmo com depressão do estado de consciência propositado. Assumem os autores que são estes os pormenores que nos dificultam a avaliação da dor segundo uma autoavaliação do próprio doente, ou seja, é aconselhável o uso de escalas que têm como foco de atenção os indicadores comportamentais de dor. Além dos indicadores comportamentais de dor, existem os parâmetros fisiológicos: PA, FC, SpO<sup>2</sup>, FR, parâmetros estes que suscitam alguma dúvida no âmbito da quantificação da dor, devido à doença subjacente, tratamentos com inotrópicos e vasoconstritores.

Batalha, L., *et al.* (2013), garantem que a gravidade da situação clínica dos doentes com diminuição do estado de consciência, em ventilação mecânica, sob efeito de fármacos analgésicos e ou sedativos e com dispositivos de contenção, para além de comprometerem o autorrelato da dor dificultam a sua avaliação. No entanto, avaliar a dor dos doentes em UCI maioritariamente sedados e incapazes de verbalizarem as experiências dolorosas, é dos procedimentos mais desafiadores e complexos que os profissionais de saúde têm de desenvolver, o que por vezes provoca a sua subestimação.

De acordo com Castro, Vilelas e Botelho, (2011), a presença de dor acarreta um aumento substancial do desconforto, além da impossibilidade, ou dificuldade em comunicar o seu sofrimento pelo uso comum e imperativo de artefactos e restrições impostas pelos métodos terapêuticos. Da impossibilidade ou dificuldade de comunicação, surge a comunicação não verbal que, segundo Filho, *et al.* (2012), é de extrema importância a atenção do enfermeiro sob a mesma, pois é primordial a identificação desses comportamentos expressivos como sinais de dor que o doente pode apresentar e validarem as informações da autoavaliação da dor do próprio doente. Podem ser observados esses sinais nas expressões faciais: olhos muito abertos ou fechados, o franzir das sobrancelhas, dentes cerrados; nas alterações vocais: gemidos, choros, gritos; nos movimentos corporais involuntários: agitação, imobilização e tensão muscular.

Os movimentos involuntários salientados anteriormente, e outras alterações involuntárias: aumento da FC, da FR, das PA, constituem umas das manifestações do SNA expostas à complicação da dor, que ao surgirem confirmam e valorizam a sua presença, e são

consideradas mais objetivas do que propriamente as informações verbais. A avaliação da dor nos doentes críticos, com um nível de sedação considerável, leva à incapacidade de verbalização das suas experiências dolorosas, sendo assim um dos procedimentos mais desafiadores e complexos que os profissionais de saúde têm de desenvolver.

A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) concluiu que apenas 25% das UCI em Portugal utilizam instrumentos de avaliação da dor adequados ao doente crítico. Segundo a SPCI (2016), e pelos resultados de Pinho, Carneiro e Alves no Plano Nacional de Avaliação da Dor (PNAD), a dor em doentes críticos é comum e a sua gestão representa um desafio. Os profissionais de saúde, frequentemente, subestimam a dor do doente crítico, embora estejam conscientes da vulnerabilidade dos doentes perante os procedimentos dolorosos a que são submetidos continuamente durante o seu internamento numa UCI. Afirmam, também, que a dor do doente crítico não é considerada uma prioridade quando comparada com os outros sinais vitais.

Porém, conforme a DGS (2003) emite na Circular Normativa N.º 9/DGCG, a gestão e monitorização da dor é um direito do doente, e o sucesso da estratégia terapêutica depende da adequada monitorização regular da dor.

O PNAD, após diagnosticar que não existia uma uniformização de ferramentas de avaliação da intensidade da dor do doente internado nas UCI portuguesas, aposta na promoção do desenvolvimento das competências dos profissionais de saúde na área da avaliação da dor. O Grupo de Avaliação da Dor (GAD) defende que a dor em doentes que não podem comunicar deve ser avaliada pelo meio de observação de comportamentos, é desta forma imprescindível a designação de uma Escala Comportamental para avaliar a dor do doente adulto, submetido a VM, sedado e que não comunica de forma verbal e motora.

Concluíram com os resultados obtidos pelo plano implementado, várias recomendações:

- O nível de dor relatada pelo doente deve ser considerado o “*gold standard*” para a avaliação da dor e resposta à analgesia;
- O uso da EVN, recomendasse para avaliar a dor em doentes que comunicam;
- A dor em doentes que não comunicam, sedados e ventilados deve ser avaliada por meio subjetivo da observação de comportamentos utilizando a *Behavioral Pain Scale (BPS)*;
- A avaliação da dor deve efetuar-se em todos os turnos e sempre que se justifique;

- A avaliação da dor deve realizar-se no início do turno ou antes de iniciar um procedimento doloroso (5-10 minutos);
- A avaliação da dor deve realizar-se durante a aplicação de um procedimento doloroso (ex. posicionamentos);
- A avaliação da dor deve realizar-se imediatamente após um procedimento doloroso (ex. aspiração de secreções endotraqueais);
- A avaliação da dor deve realizar-se 15 minutos após o procedimento doloroso;
- A avaliação da dor deve realizar-se 30 minutos após intervenção farmacológica analgésica;
- A avaliação da dor deve realizar-se 30 minutos após intervenção não farmacológica ou medida de conforto;
- Após a avaliação da dor, deve efetuar-se de imediato o seu registo, à semelhança dos outros sinais vitais.

Baseadas em indicadores comportamentais, foram desenvolvidas escalas para detetar e avaliar a dor em doentes críticos com um bom grau de fiabilidade e validade tal como: a *BPS*, a *Critical Care Pain Observation Tool* e a *Escala de Conductas Indicadoras de Dolor* (ESCID). A excelência deste plano foi reconhecida pela OE, considerando-o um projeto pioneiro a nível mundial, pois pretende que todos os enfermeiros participem na avaliação das propriedades das duas escalas comportamentais de avaliação da dor do doente crítico: a *BPS* e a *ESCID* e decidam qual o instrumento a adotar a nível nacional. A unidade onde realizei este primeiro contexto do Estágio Final foi uma das unidades participantes deste plano, e em concordância com os resultados do estudo, encontra-se implementado na unidade a *BPS*, considerada mais adequada e prática ao contexto e vivências clínicas ao longo dos cuidados realizados, sendo a que reúne até hoje mais consenso para ser utilizada na prática clínica. Além disso, foi das primeiras escalas a ser usada para avaliar as experiências de dor em doentes incapazes de comunicar verbalmente e é atualmente uma das mais estudadas.

A *BPS* foi desenvolvida em 1997 no Hospital Albert Michallon em Grenoble-França, e conforme Batalha, L., (2013) cita Puntillo *et al.*, (1997). Destaca-se a relação entre a expressão facial, movimento dos membros superiores e a adaptação ao ventilador com o autorrelato de dor em doentes cirúrgicos. Nesta Escala cada indicador se subdivide em quatro descritores de comportamento, indicando ausência de dor com pontuação 1, a um máximo de dor com pontuação 4.

De acordo com os autores Dédrie, C. *et al.* (2016), a BPS é uma das escalas que fornece uma validade e confiabilidade satisfatórias para avaliação e monitorização da dor nos casos da inexistência da comunicação verbal. No entanto, apresenta algumas limitações: a variabilidade entre avaliadores; é impossível utilizar em doentes sob agentes bloqueadores neuromusculares e a probabilidade da avaliação descontinuada da dor. É de salientar que a interpretação realizada com a avaliação, considerando apenas a componente física da dor, é algo redutor, pois não determina em altura alguma o nível de ansiedade e/ou desconforto. Assim, os indicadores de dor fisiológicos e comportamentais, por si só, não são os únicos parâmetros específicos de dor.

Segundo Chanques, G., *et al.* (2018), a avaliação da dor é considerada como um processo desafiador nos doentes submetidos a CI, sedados e muitas vezes, incapazes de comunicar. Segundo os autores, para os doentes em situação crítica, são recomendadas ferramentas avaliativas comportamentais de dor para detetar dor e posteriormente ajustar a terapêutica analgésica.

O ANI (Analgesia Nociception Index), é uma tecnologia recente e que permite uma avaliação/medida direta da atividade do SNA. É uma ferramenta eletrofisiológica que avalia a intensidade da dor usando os valores da variabilidade da FC, com o reconhecimento e perceção do equilíbrio entre as componentes parassimpáticas e simpáticas do SNA. A regulação da FC pelo SNA é influenciada pela respiração, ou seja pela arritmia sinusal respiratória. Segundo os autores, Dédrie, C. *et al.* (2016), sabendo que a dor afeta a atividade do SNA, a análise da variabilidade e alterações da FC fornece um substituto útil para a avaliação da dor.

Pelos autores Turan, G., *et al.* (2016), o Índice de Analgesia e Nociceção é assim calculado pela mensuração da alteração do equilíbrio nociceção-antinociceção, refletindo-se na frequência cardíaca simultaneamente. Segundo os autores anteriores e Abdullayev, R., Uludag, O. e Celik, B., (2019), a perceção de dor do doente durante a monitorização da anestesia, em condição cirúrgica, pode ser observada mediante o aumento da PA e/ou da FC. É assim que com a análise matemática destas variações instantâneas, o ANI nos traduz em valores numéricos. O ANI traduz um valor numérico que evolui entre 0 e 100, quantificando a atividade da componente parassimpática do SNA. E tendo em conta Turan, *et al.* (2016), o ANI produz um valor único e contínuo, útil na monitorização do nível de analgesia, além de poder desempenhar um papel na previsão do

nível de dor. No entanto, Dédrie, *et al.* (2016), referem que os valores de ANI próximos a 100 correspondem a um importante tónus parassimpático que pode ser associado a um alto nível de conforto.

Constata-se, assim, que a complementaridade dos cuidados e atitudes no âmbito da avaliação e prevenção da dor, revelaram ser indispensáveis e deveras importantes para o aumento do conforto e a qualidade da condição do doente estando ou não sob terapêutica sedativa. A UCI onde iniciei o presente Estágio Final mantém um Estudo Mecanicista Observacional Prospetivo, estudo que visa compreender e salientar um mecanismo, segundo a observação de causa-efeito da temática, não randomizado e não controlado, em curso: “O Controlo da dor em doente pós-cirúrgicos admitidos no serviço de Medicina Intensiva, segundo os valores do Analgesia Nociception Index (ANI) – Uma autonomia de Enfermagem”. Pretendem demonstrar, evidenciar e validar um protocolo de analgesia em regime de autonomia, utilizando administração de um Bólus de Fentanilo e monitorização do ANI em doentes Pós-Cirúrgicos. É de ressaltar que o presente estudo e todos os dados a ele associados já foram apresentados no VI Congresso Internacional de Cuidados Intensivos / XVI congresso do Arco IberoAtlântico, nos dias 1 e 2 de abril de 2019.

Com os valores resultantes do estudo e respetivos cuidados de enfermagem, o grupo de trabalho da UCIP concluiu e verificou a eficácia na monitorização e avaliação da dor e desconforto em doentes pós-cirúrgicos com incapacidade de comunicar. A autonomia analgésica com Fentanilo na dose protocolada e de acordo com os valores do ANI permitiu controlar a dor e promover o melhor conforto na totalidade dos doentes e sem efeitos adversos registado.

Salientaram, também, que tendo em conta a diminuta amostra utilizada, sendo um estudo mecanicista, para ultrapassar esta limitação deveriam ser considerados mais estudos.

Segundo Filho, G., *et al.* (2012), o controlo da dor deve ser uma inquietação do enfermeiro e deve ser avaliada de forma abrangente, como a descrição de uma experiência dolorosa e suas repercussões no funcionamento biológico, emocional e comportamental do indivíduo. Para além disso, é de salientar a extrema importância do conhecimento e identificação dos fatores que contribuem para a melhoria das queixas álgicas, e para a seleção da respetivas estratégias de controlo dessa mesma dor. Coincidindo com os autores anteriores, Souza e Cruz (2013), as habilidades e competências clínicas da enfermagem durante este período,

são relevantes visto que estão diretamente ligadas ao estabelecimento do equilíbrio hemodinâmico, alívio da dor e prevenção de complicações.

Aos olhos de Filho, *et al.* (2012), está no papel do enfermeiro o conhecimento e a avaliação da dor aguda, momento este que poderá fornecer informações valiosas para outras pesquisas, a fim de aprimorar estratégias de acompanhamento e tratamento da dor na fase pós-operatória e implementar intervenções de enfermagem nas complicações pós-cirúrgicas que surjam. Realçam, também, que para a avaliação adequada da dor, o enfermeiro deve estar capacitado para mensurar de forma precisa utilizando uma avaliação abrangente.

O controlo da dor é uma atitude primária, para manter uma assistência integral no doente. São indicadas maioritariamente técnicas farmacológicas, com o objetivo de bloquear a transmissão, a percepção e a apreciação dos estímulos nociceptivos, que pode atingir diferentes níveis do SNC com a utilização de diferentes analgésicos. É um cuidado da equipa da enfermagem a atenção sob os sinais e sintomas dos doentes, a fim de proporcionar a melhor analgesia e conforto ao doente, como a administração medicamentosa conforme a prescrição para a manutenção da analgesia; cuidado e atenção para com os fatores que podem provocar maior dor: o desconforto no leito ou até o acesso venoso presente, contudo, evidenciam que disponibilizar tempo para conversar com o paciente é uma intervenção que pode amenizar uma “dor”, dor esta como uma manifestação de carência e fragilidade do próprio doente em relação à situação que vivencia.

Ao longo do estágio nesta UCIP, foram mobilizados vários conhecimentos adquiridos através desta pesquisa bibliográfica, previamente realizada, usando-os como sustentação para a prática especializada. Em colaboração e para prestação de cuidados à PSC submetida a CI contribuíram para melhor identificar e compreender os cuidados prestados, desenvolvendo as minhas competências comunicacionais no âmbito da avaliação da dor, e o recurso a dispositivos que complementam este mesmo cuidado. Após esta compreensão, foi possível refletir sobre a temática e colocar em prática as intervenções terapêuticas de enfermagem adequadas a fim do melhor conforto do doente em situação crítica. Face ao exposto, considero que as atividades realizadas permitiram alcançar os objetivos específicos para este contexto de estágio.

No contexto do SU, a avaliação da dor, de acordo com o observado, era realizada escassas vezes e de forma pouco objetiva. No entanto, a dor é das queixas que maioritariamente os doentes apresentam associada a outros sintomas. Reconhecer a importância da avaliação da dor, por si só, não contribui para a melhoria dos cuidados prestados nem para o tratamento desta. É crucial efetuar uma avaliação cuidada, criteriosa e sistematizada, recorrendo ao uso das escalas recomendadas. Assim, foi minha atitude a sua valorização, adequada avaliação através das escalas adequadas e institucionalizadas e posterior tratamento com as medidas farmacológicas e não farmacológicas correspondentes à situação do doente. Todavia, o facto de ter abordado esta temática em estágios anteriores, permitiu apresentar um maior à-vontade ao abordar estes cuidados e na execução dos mesmos, e verificar o desenvolvimento das respetivas competências, como: demonstrar capacidade de avaliação, controlo e tratamento da dor na pessoa em situação crítica e executar intervenções adequadas para a avaliação, controlo e tratamento da dor.

Acabei por identificar algumas barreiras na avaliação e tratamento da dor, nomeadamente, o tempo disponível para a sua monitorização, os diminutos recursos disponíveis que inviabilizam as restantes necessidades dos doentes que aguardam pelos nossos cuidados, e a má gestão da priorização desta avaliação.

Concluo, que consegui atingir os objetivos através das atividades realizadas, como o atendimento à temática da dor com a avaliação, monitorização, prevenção e tratamento bem como, avaliar a dor através de escalas adequadas e institucionalizadas nos serviços. Além disso, foi possível o desenvolvimento de competências no âmbito da dor, nomeadamente, demonstrar capacidade de avaliação, controlo e tratamento da dor na pessoa em situação crítica em contexto intensivo e de urgência/emergência e executar intervenções adequadas para a avaliação, controlo e tratamento da dor em contexto intensivo e de urgência/emergência.

Para o objetivo delineado:

- Desenvolver uma prática coerente e adequada na prevenção, intervenção e controlo da infeção e resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos complexos;

O controlo de infeção e prevenção da resistência antimicrobiana, é uma das atitudes constantes em qualquer cuidado prestado ao doente submetido a CI, pelas regras e protocolos incutidos no serviço, tendo em conta a exigência dos cuidados ao doente em situação crítica e em ambiente intensivo.

É da competência básica do enfermeiro, como qualquer outro profissional de saúde, a adoção de comportamentos que salvaguardem o controlo de infeção, como: a lavagem adequada das mãos, o uso de medidas de proteção universal como o equipamento de proteção individual, o uso e manutenção da técnica asséptica durante a realização de procedimentos invasivos e essencialmente o despiste precoce de sinais de infeção (sinais inflamatórios nos locais dos dispositivos existentes e necessários ao doente, temperatura elevada) de forma a atuar em prol da prevenção e/ou resolução da infeção, como complicação significativa no ambiente de CI. Segundo a OE (2018), para além de todos os cuidados existentes com as complicações anteriormente mencionadas, o corpo da enfermagem pode e deve colaborar na elaboração de normas e protocolos que contribuam para a prevenção dos processos infecciosos, como por exemplo: na prevenção da pneumonia associada à ventilação; no estabelecimento de intervalos de substituição de dispositivos utilizados no doente e/ou no tratamento de feridas cirúrgicas ou não cirúrgicas, entre outros.

O controlo de infeção e prevenção de resistência antimicrobiana é uma das preocupações indispensáveis no seio dos nossos cuidados como profissionais de saúde em qualquer serviço, realçando que o alvo dos nossos cuidados está numa posição vulnerável, o que obriga da nossa parte a um exercício exímio.

No âmbito do SU, facilmente se quebram os cuidados universais para a prevenção de infeção, aumentando o risco da mesma. Foi observado, por diversas vezes, a má utilização ou a não utilização das precauções universais, (o não uso de luvas, a falta de higienização das mãos entre cuidados prestados a diferentes doentes, a inexistência de manguitos no SU, aspirações de secreções sem uso de máscara, etc.). Foi difícil compreender tais procedimentos, todavia foi minha preocupação manter sempre uma prática coerente para a redução de risco, bem como incentivar os colegas e a equipa de auxiliares ao uso correto dos EPI, refletindo sobre as boas práticas. Tal atitude, apesar do seu teor corretivo foi bem aceite no seio de todos os profissionais com quem me cruzei mais de perto.

Porém, é de salientar que esta prática já se encontra de tal forma enraizada por alguns profissionais que a mudança do seu comportamento é de difícil concretização.

Pelas atitudes e atividades enumeradas anteriormente, tal como é preconizado, considero ter contribuído eficazmente na prevenção, controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos, atentando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, (UCIP e SU), à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, através do diagnóstico das necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo de infeção, da demonstração de conhecimentos nesta temática e da atuação pró-ativa pelos conselhos e estratégias recomendadas para a gestão deste risco.

Deste modo, penso ter conseguido atingir os objetivos a que me propus no início deste estágio e, concomitantemente, ter desenvolvido as competências no âmbito deste domínio, tais como: capacidade de prevenção, intervenção e controlo da infeção e resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos complexos e a execução coerente de intervenções adequadas em diferentes contextos de cuidados à PSC na prevenção, intervenção e controlo da infeção e resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos complexos.

Em completa reta final, e após conclusão desta vasta reflexão, verifico que desenvolvi a capacidade de identificar e analisar problemas; desenvolver estratégias e implementar soluções; o pensamento crítico sobre as ações realizadas e as suas implicações éticas e sociais, e ainda, a capacidade de descrever adequadamente as conclusões alcançadas. Competências estas, imprescindíveis para a aprovação e obtenção do grau de Mestre em EMC.

## 5. Conclusão

A Enfermagem preconiza o cuidado do doente numa perspetiva holística, e adequando os cuidados específicos consoante as fases da vida, o que implica uma constante atualização e desenvolvimento das competências específicas por parte dos profissionais. Devido a evolução clínica permanente dos doentes, é inadiável e mais que necessário um acompanhamento contínuo e uma atitude permanente de reflexão e interrogação sobre as práticas por parte dos enfermeiros e uma conseqüente abertura para adquirir e desenvolver as suas competências, sendo que neste campo a formação apresenta um papel primordial.

Para adquirir competências especializadas preconizadas, é imprescindível ter consolidadas as competências de enfermeiro de cuidados gerais e desenvolver conhecimentos mais aprofundados na área da especialização escolhida. Considero que, de uma forma gradual, consegui alcançar os objetivos pretendidos, bem como a aquisição e desenvolvimento de competências, ao longo da realização dos estágios, através da realização das atividades preconizadas e da reflexão contínua ao longo dos mesmos.

A realização de todo o percurso teórico foi positivo, bem como a componente de estágio e a realização deste relatório, proporcionando um percurso crescente no que respeita às aprendizagens, contribuindo para um crescimento pessoal e profissional, culminando na aquisição de competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na área da EPSC.

A análise crítico-reflexiva foi um dos objetivos na redação do presente relatório, espelhando a realidade que vivenciei ao longo dos três contextos de estágio para a aquisição do título de Especialista em EMC. Contribuiu para o desenvolvimento da minha capacidade de reflexão, análise e raciocínio crítico das atividades desenvolvidas ao longo dos estágios, enriquecimento pessoal e profissional, que me permitiu uma constante mobilização de conhecimentos que contribuíram para a aquisição de competências inerentes à EEMC, refletindo na prática dos cuidados realizados a evidência e

fundamentação da teoria lecionada anteriormente, e salientando as minhas potencialidades pessoais e profissionais.

Foram reconhecidas algumas limitações pessoais, constatando que não é esta a realidade do meu dia-a-dia. Contudo, foram estas limitações que desenvolveram da minha parte uma observação proativa, uma atitude crítico-reflexiva perante o sucedido a fim de conseguir obter a consciência da ação, sustentando qualquer atividade realizada de forma lógica e coerente com base nas evidências científicas, com o intuito de proporcionar o melhor cuidado àqueles que a movem, os doentes.

Foi um percurso com algumas inquietações, que exigiu um grande esforço da minha parte, porque o conciliar da atividade profissional, da vida pessoal com a atividade académica desencadeou um avultado cansaço pelo somatório da carga horária decorrente do exercício profissional e estágio. Contudo, surgiram momentos de realização, de crescimento pessoal e profissional, de consciência para a necessidade de reflexão das práticas de cuidados de forma a contribuir para a melhoria da qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem.

Face ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais e ao longo dos três diferentes estágios, agi no sentido de prestar cuidados à PSC e a vivenciar um processo complexo de instabilidade, de realizar intervenções de enfermagem de acordo com os diagnósticos provenientes das vigilâncias e avaliações da equipa clínica, de manifestar capacidade de reação perante situações inesperadas, desempenhar responsabilidade perante situações complexas, de reconhecer precocemente possíveis complicações e antecipar os cuidados a estas gerindo os sinais e sintomas e comunicando atempadamente qualquer intercorrência, segundo uma perspetiva profissional avançada e salvaguardando as regras e características inerentes às particularidades e Competências de uma Futura Enfermeira Especialista.

Ao abordar o domínio da melhoria contínua da qualidade, identifiquei oportunidades de melhoria no âmbito dos cuidados prestados, tendo abordado algumas temáticas que, em concordância com enfermeiros tutores e orientadores, eram capazes de um bom resultado. Na UCIP trabalhei o no âmbito do acolhimento e integração do estudante de Especialidade em Enfermagem Profissional, elaborando um Manual de Acolhimento para o Estudante. Por último, realizei uma revisão bibliográfica sobre a avaliação da dor associada a meios

complementares de avaliação no doente em CI. No SU elaborei, de igual forma, um Manual de Acolhimento para o Estudante, desenvolvi um projeto de melhoria da qualidade da transição de cuidados aquando a PT e concebi um Guia Orientador da PT, com base na técnica ISBAR, aconselhada pela DGS.

No domínio da gestão em enfermagem, apenas na reta final reconheci a capacidade de trabalho que desenvolvi, adequada com a equipa multidisciplinar, onde promovi um ambiente positivo e favorável à prática dos cuidados especializados, nutrindo as relações de trabalho na vertente construtiva, reconhecendo a importância de cada elemento, mas mais com enfoque no papel do enfermeiro especialista.

Perante o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, as diferentes oportunidades de aprendizagem que surgiram, permitiram-me aprofundar os domínios do saber, saber ser, saber saber, saber fazer e saber estar, delineando a minha forma de estar, zelando sempre por um exercício profissional responsável, ético e legal, refletindo na e sobre a prática de forma a respeitar sempre os direitos humanos e a dignidade humana.

De uma forma global e face às linhas orientadoras do Projeto de Estágio, foram atingidos os objetivos a que me propus e considero ter adquirido e desenvolvido as competências pré definidas. É sem dúvida uma mais-valia o acolhimento e disponibilidade por parte dos tutores que me acompanharam nos diferentes estágios, permitiram conforme as disponibilidades o desenrolar de um ambiente propício para o desenvolvimento das competências previstas, e me sentisse parte integrante da equipa. Todos estes contributos foram fundamentais para o meu crescimento pessoal e profissional.

Após todo este percurso, estou motivada para aperfeiçoar e continuar a desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem na EEMC, de forma a desenvolver, promover e incentivar a melhoria contínua dos cuidados especializados prestados, bem como apostar numa nova conquista académica num futuro breve.

Com a caminhada realizada, espero que com as competências que adquiri e desenvolvi consiga fomentar, no local onde exerço funções, o espírito da melhoria contínua das suas práticas na prestação de cuidados em prol da melhor e maior qualidade dos cuidados.

Ser exigente connosco faz-nos querer ser mais e melhor para com o próximo, dignificando a nossa profissão e as nossas competências.

## 6. Referências Bibliográficas

- Abdullayev, R., Uludag, O. e Celik, B., (2019). Índice de Analgesia/Nocicepção: avaliação da dor aguda pós-operatória. Revista Brasileira de Anestesiologia – Sociedade Brasileira de Anestesiologia, pp. 396-402. [Versão Eletrônica] Acedido a 5 de Outubro de 2019, em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0034709418303842?token=26AF31AD80FB5A4D526C2BA758127D92267D51B975B9F933D8C219AD86A627B906DD9982A17F509B50A209685FE74BB6>
- Baggio, M. A., Erdmann, A. L., Higashi, G. D. C., Koerich, C., Lanzoni, G. M. de M., (2016). Doescoberta da doença cardiovascular: associando causas e vivenciando o contexto da instituição hospitalar de referência. – Revista Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, 2016; 24(4):e7952. [Versão Eletrônica]. Acedido a 30 de Maio de 2019, em: <http://www.facenf.uerj.br/v24n4/v24n4a13.pdf>.
- Batalha, L. M. C., Figueiredo, A. M., Marques, M., Bizarro, V., (2013) Adaptação cultural e propriedade psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP/PT) - Revista de Enfermagem Referência III Série – N.º 9 – Mar.2013. [Versão Eletrônica] Acedido a 7 de Outubro de 2019, em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0874-02832013000100001&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0874-02832013000100001&lng=pt&nrm=iso).
- Benner. P., (2001). De Iniciado a Perito. Coimbra: Quarteto
- Caetano, J., et al. (2011). Cuidado Humanizado em Terapia Intensiva – Um estudo reflexivo. Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery. Vol.11, Cap. 2 (2007), pp.325-330. [Versão Eletrônica] Acedido a 5 de Novembro de 2019, em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a22.pdf>.
- Campos. S., (2014). Necessidade da Família Cuidados Intensivos - Tradução, adaptação e validação do instrumento, Critical Care Family Needs Inventory. Dissertação de Mestrado. [Versão Eletrônica] Acedido a 25 de Outubro de 2019 em: <https://core.ac.uk/download/pdf/143399470.pdf>.

- Castro, C., Vilelas, J., Botelho, M. A. R., (2011). A Experiência Vivida da Pessoa Doente Internada Numa UCI: Revisão Sistemática da Literatura – Pensar Enfermagem Vol. 15 N.o 2 2º semestre de 2011. [Versão Eletrónica] Acedido a 5 de Outubro de 2019, em: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Pensar%20Enfermagem15\\_2sem\\_41\\_59%281%29.pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Pensar%20Enfermagem15_2sem_41_59%281%29.pdf).
- Chanques, G., Delay, J.M., Garnier, O., Berra, J., Prades, A., Carr, J., Jong, A., Molinari, N., Jaber, S. (2018). Is there a single non-painful procedure in the intensive care unit? It depends!. pp. 528-530. [Versão Eletrónica] Acedido a 5 de Outubro de 2019, em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=cf1e2d88-4062-4630-9d8c-03120bd6bafd%40sessionmgr103>.
- Cremasco, M., Wenzel, F., Sardinha, F., Zanei, S., Whitaker, I., (2009). Úlcera por pressão: risco e gravidade do paciente e carga de trabalho de enfermagem. Acta Paulista de Enfermagem. Vol. 22. pp.12. [Versão Eletrónica] Acedido a 5 de Novembro de 2019, em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002009000700011&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000700011&lang=pt).
- Dédrie, C. B., Jonckheere, J., Jeanne, M., e Nseir, S., (2016). Measurement of Heart Rate Variability to Assess Pain in Sedated Critically Ill Patients: A Prospective Observational Study. Marco Gemma, Scientific Inst. S. Raffaele Hosp., ITALY. [Versão Eletrónica] Acedido a 5 de Outubro de 2019, em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=cf1e2d88-4062-4630-9d8c-03120bd6bafd%40sessionmgr103>.
- Deodato. S., (2012). Direito da Saúde. Coimbra: Edições Almedina S.A. ISBN 978-972-40-4750-8.
- Direção Geral de Saúde emitida na Circular Normativa nº9/DGCG, (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Lisboa. Acedido a 5 de Outubro de 2019, em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2015). Anexo - Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. Diário da República, 2.a série — N.o 102 — 27 de maio de

2015. pp. 13550-13553. [Versão Eletrónica]. Acedido a 27 de Novembro de 2019, em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/médico-cirurgica.pdf>.
- Direção Geral de Saúde. (2017). Norma 001/2017 - Comunicação Eficaz na transição de Cuidados de Saúde. 08/02/2017. [Versão Eletrónica] Acedido a 20 de Novembro de 2019, em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>.
  - Direção Geral de Saúde, (2018). Norma no 002/2018 - Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. [Versão Eletrónica]. Acedido a 11 de Dezembro de 2019, em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx>.
  - Duarte, S., Stipp, M., Mesquita, M., Silva, M., (2012). O cuidado de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca: um estudo de caso. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 16 (4), 657-665. [Versão Eletrónica] Acedido a 27 de Junho de 2019, em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452012000400003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000400003).
  - Filho, G., Caixeta, L., Stivial, M., Lima, L., (2012). Dor aguda: julgamento clínico de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca. [Versão Eletrónica] Acedido a 20 de Novembro de 2019, em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/543>.
  - Frias, A., Godinho, C., Silva, S., Nunes, I. (2013) O doente crítico: quais as necessidades dos familiares. In I Jornadas de Enfermagem da Urgência do HJJF Unidade Local De Saúde Do Baixo Alentejo. [Versão Eletrónica] Acedido a 28 de Outubro de 2019, em: <http://hdl.handle.net/10174/8641>. Vol 23(1), pp. 12-28. [Versão Eletrónica] Acedido a 18 de Outubro de 2019 em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10970036>.
  - Ministério da Saúde. (2013). Avaliação Nacional da Situação das unidades de cuidados intensivos. Lisboa: Ministério Público. [Versão Eletrónica]. Acedido a 19 de Outubro de 2019, em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avaliação-nacional-da-situação-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>.
  - Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing*

- Science. Vol 23(1), 12-28. [Versão Eletrónica], Acedido a 20 de Abril de 2019 em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10970036>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos. [Versão Eletrónica] Acedido a 20 de Novembro de 2019, em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
  - Ordem dos Enfermeiros. (2014). Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. [Versão Eletrónica]. Acedido a 19 de Outubro de 2019, em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro\\_Norma\\_de\\_DotacoesSeguras\\_dos\\_Cuidados\\_de\\_Enfermagem\\_A\\_G\\_30\\_05\\_2014\\_aprovado\\_por\\_maioria\\_proteg.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro_Norma_de_DotacoesSeguras_dos_Cuidados_de_Enfermagem_A_G_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf).
  - Ordem dos Enfermeiros. (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. [Versão Eletrónica]. Acedido a 20 de Dezembro de 2019, em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf)
  - Ordem dos Enfermeiros. (2015). REPE – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Edição: Tadinense – Artes Gráficas. [Versão Eletrónica] Acedido a 20 de Novembro de 2019, em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf).
  - Ordem dos Enfermeiros, (2017). PARECER N.º 78 / 2017 – Integração em Bloco Operatório (Circulação e Instrumentação). [Versão Eletrónica]. Acedido a 19 de Outubro de 2019, em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/7307/parecerplusnoplus78plusceplus-plus19102017\\_integrãoplusnoplusblocoplusoperatório\\_edoc\\_2017\\_11256\\_rectificação\\_anoni.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/7307/parecerplusnoplus78plusceplus-plus19102017_integrãoplusnoplusblocoplusoperatório_edoc_2017_11256_rectificação_anoni.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, 2.ª série - N.º135. [Versão Eletrónica] Acedido a 20 de

Novembro de 2019, em: <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>.

- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário Da República, 2.ª Série, N.º 26, 4744–4750. [Versão Eletrónica] Acedido a 20 de Novembro de 2019, em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Santos, A., Laus A., Camelo, S.(2015). O trabalho da enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca: uma revisão integrativa. Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde, 40 (1): 45-52. [Versão eletrónica], Acedida a 29 de Junho de 2019.
- Ordem dos Enfermeiros, (2018). PARECER N.o 15 / 2018 - Funções do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica nas Unidades de Cuidados Intensivos/Serviços de Medicina Intensiva. Mesa do colégio da especialidade em enfermagem Médico-Cirúrgica. [Versão Eletrónica]. Acedido a 19 de Outubro de 2019, em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-nº15\\_2018-funções-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-nº15_2018-funções-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf)
- Pedro, D., Nicola, A., Oliveira, J., (2016). Passagem de Plantão entre Profissionais de Enfermagem Hospitalares: Análise de fatores influentes. Revista ENINGÁ Review. Vol. 25, n.1, pp.27-31, pp.27-31. [Versão Eletrónica] Acedido a 20 de Novembro de 2019, em: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1745/1354>.
- Pereira, B., Brito, C., Pontes, G., Guimarães, E. (2011). A Passagem de plantaão e a corrida de leito como instrumentos norteadores para o planeamento da assistência de Enfermagem. Rev. Min. Enferm.;15(2). pp. 283-289. [Versão Eletrónica] Acedido a 20 de Novembro de 2019, em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/37>.
- Reis, É., (2017). Cuidar da pessoa em situação crítica: do serviço de urgência à unidade de cuidados intensivos coronários. Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de São José de Cluny para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. [Versão Eletrónica], Acedido a 27 de Junho de 2019, em: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22043/1/Relatório%20Final%20\\_%20Élia%20Reis.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22043/1/Relatório%20Final%20_%20Élia%20Reis.pdf).

- Rodrigues, A., Azevedo, C., Calvo, V. (2016). Comunicação Interna nas organizações: Instrumento prático de auxílio à passagem de turno. *Practical instruments to help the shift change*. *Millenium*, 2(1), 105-114. [Versão Eletrónica] Acedido a 20 de Novembro de 2019, em: <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/3659/5/10089-30421-1-PB-105-114.pdf>.
- Santos, I., Alves, I., Neto, M., Passos, D., Filho, V., Santana, J. (2015). Validação da versão Brasileira da Escala Comportamental de Dor (Behavioral Pain Scale) em adultos sedados e sob ventilação mecânica. *Revista Brasileira Anestesiologia* - 2017;67(3):271---277, pp. 272-277. [Versão Eletrónica] Acedido a 5 de Outubro de 2019, em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S003470941730079X?via%3Dihub>.
- Silva, R. C., Alvarez, R. F, Barros, I. A., Santos, D. R., Farias, S. V., Duarte, M. G., ... Martinez, B. P. (2012). Falha de extubação orotraqueal após sucesso no teste de respiração espontânea. *Assobrafir Ciência*. 3, 31-42. [Versão Eletrónica], Acedido a 20 de Abril de 2019 em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/rebrafis/article/view/10611/11933>.
- Souza, C. dos S. de, Cruz, I. (2013). Cuidados de enfermagem no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca - revisão sistematizada da literatura. *Journal of Specialized Nursing Care* - Vol 6, No 1 (2013). [Versão Eletrónica] Acedido a 20 de Novembro de 2019, em: <http://www.jsncare.uff.br/index.php/jsncare/article/view/2545/575>.
- Sousa, J., Meneses, D., Alves, D., Machado, L., Príncipe, F., Mota, L., (2019). Teor da informação partilhada entre enfermeiros durante a passagem de turno no serviço de urgência. Artigo de Investigação - *Revista Referência, Série IV*. Nº 21.2019, pp. 151-158. [Versão Eletrónica] Acedido a 20 de Novembro de 2019, em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn21/serIVn21a15.pdf>.
- SPCI, (2016), Resultados – Relatório Final do Plano Nacional de Avaliação da Dor. [Versão Eletrónica] Acedido a: 7 de Outubro de 2019 em: [https://spci.pt/files/2016/03/Relatorio\\_Final\\_GAD.pdf](https://spci.pt/files/2016/03/Relatorio_Final_GAD.pdf).
- Turaa, G., Ara, A. Y., Kuplay, Y., Demiroglu, O., Gaz, M., Akgun, N., Celikoglu, E. (2016). Índice de analgesia/nocicepção para monitorização da analgesia

perioperatória na cirurgia da coluna vertebral. Revista Brasileira de Anestesiologia – Sociedade Brasileira de Anestesiologia, pp. 370-375. [Versão Eletrónica] Acedido a 5 de Outubro de 2019, em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034709417301630?via%3Dihub>.

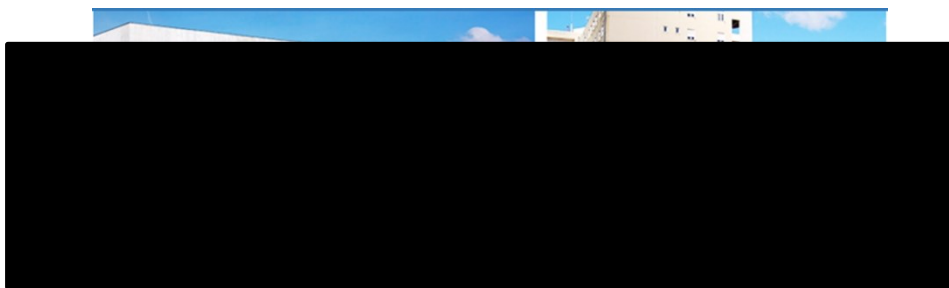
- Tranquada, M., (2013). A comunicação durante a transição das equipas de enfermagem - Estudo de caso sobre as características da comunicação nas passagens de turno de enfermagem numa enfermaria cirúrgica de um Hospital Português. Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde. [Versão Eletrónica] Acedido a 20 de Novembro de 2019, em: <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/6985/1/TESE%20-%20COMUNICAÇÃO%20NAS%20PASSAGENS%20DE%20TURNO.pdf>.
- Vegni, R., Almeida, G., Braga, F., Freitas, M., Drumond, L., Penna, G., Japiassú, A.(2008). Complicações pós cirurgia de revascularização miocárdica em pacientes idosos. Revista Brasileira Terapia Intensiva, 20 (3): 226-234. [Versão Eletrónica], Acedido a 30 de Junho de 2019, em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103507X2008000300004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103507X2008000300004).

## **7. Apêndices**

## **Apêndice I - Manual de Acolhimento para o Estudante no Serviço de Urgência Médico Cirúrgica**



### *Manual de Acolhimento para o Estudante* *Serviço de Urgência Médico Cirúrgica*



## Sê bem-vindo...

É com satisfação que o recebemos no nosso serviço!

O momento de entrada e receção de um novo estudante e/ou elemento no nosso serviço determina o sucesso e qualidade da sua integração. O acolhimento de um profissional em fase de formação/integração, é o momento ideal para fornecermos as melhores condições de acolhimento, com o objetivo de iniciar um bom período de aprendizagem.

Este Manual de Acolhimento é elaborado como um instrumento facilitador no processo de acolhimento e integração onde constam todas as informações fundamentais sobre o Serviço de Urgência, os seus valores e a sua filosofia de atuação que temos vindo a aprimorar ao longo da nossa existência.

Com a leitura deste manual e na existência de qualquer dúvida, deverá esclarecer-se com o Enf. Gestor [REDACTED], Enf.ª Especialista [REDACTED], ou o/a Enfermeiro/a designado para a sua supervisão clínica.

Queremos desejar-vos o maior sucesso na aprendizagem aqui no nosso serviço e reafirmar a disponibilidade de toda a equipa para vos ajudar no vosso processo de aprendizagem e aquisição de competências.



## Índice de Tabelas:

Tabela 1. Protocolo de Estágio para o Estudante .....	18
Tabela 2: Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais segundo Diário da República, 2.a série - N.o 79 - 23 de abril de 2015. (2015), Regulamento n.o 190/2015, pp. 10087,10088.....	21
Tabela 3: Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais segundo Diário da República, 2.a série - N.o 79 - 23 de abril de 2015. (2015), Regulamento n.o 190/2015, pp. 10087-10089.....	22
Tabela 4: Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais segundo Diário da República, 2.a série - N.o 79 - 23 de abril de 2015. (2015), Regulamento n.o 190/2015, pp. 10087-10090.....	27
Tabela 5. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica., segundo Diário da República, 2.a série — N.o 135 — 16 de julho de 2018. (2018). Regulamento n.o 429/2018. pp. 19360-19361.....	29
Tabela 6. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica., segundo Diário da República, 2.a série — N.o 135 — 16 de julho de 2018. (2018). Regulamento n.o 429/2018. pp. 19361-19362.....	32
Tabela 7. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica., segundo Diário da República, 2.a série — N.o 135 — 16 de julho de 2018. (2018). Regulamento n.o 429/2018. pp. 19362.....	34

## 1. Introdução:

O Manual de Acolhimento é uma ferramenta cada vez mais indispensável na Gestão dos Recursos Humanos, sendo um elemento facilitador do processo de Acolhimento e Integração/Socialização de novos elementos em âmbito de formação.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2017), o processo de integração é determinante no sucesso da adaptação do profissional à organização e conseqüentemente, no seu desempenho profissional. Considera-se um processo individual e flexível, onde cada enfermeiro tem uma história de vida, tem experiências, atitudes e ritmos diferentes, os quais devem ser considerados. Destacam Marriner (2009), descrevendo que a existência de um programa de acolhimento numa organização permitirá que um novo elemento assimile, o mais rapidamente possível, a sua cultura e se comporte como um membro dessa organização. Por sua vez, Chiavenato (2001), sublinha que é através da integração que o indivíduo aprende o sistema de valores, normas e padrões de comportamento de forma a adquirir novas competências, apropriadas à realidade que se aproximam.

O Serviço de Urgência Médico Cirúrgica (SUMC), recorre a este tipo de documento com o objetivo de fornecer as informações e instrumentos necessários para o estágio de forma a facilitar a integração, procurar criar as melhores condições de acolhimento e inserção, para que, ao consultá-lo fique a conhecer o modo de funcionamento, regras e valores partilhados que possibilitam uma identificação mais rápida, da cultura organizacional dominante e praticada no serviço, resultando num clima de confiança.

O Processo de Bolonha, desencadeado pela Declaração de Bolonha a 19 de Junho de 1999, veio marcar um conjunto de mudanças relacionadas com as políticas ligadas ao Ensino Superior, reconhecendo a importância da educação a sua evolução e necessária sustentabilidade, assentando no desenvolvimento de competências (o que é que o estudante é capaz de, ou sabe fazer), face aos objetivos de aprendizagem estipulados (o que é que o estudante deve ser capaz de fazer). Aqueles que procuram a sua evolução no campo educativo do ensino superior, denominam-se como Estudantes ao invés de Alunos. São eles um dos elementos centrais do Processo de Bolonha, como elementos ativos no processo de aprendizagem que se pressupõe acontecer ao longo da vida.

Este documento foi concebido a pensar nos Estudantes da Licenciatura em Enfermagem em processo de aquisição de conhecimentos e competências, de futuros especialistas e no fornecimento de uma imagem da nosso serviço, o mais próximo da realidade.

Para proporcionar uma melhor organização e compreensão, o mesmo encontra-se composto por: o corpo central do trabalho que enquadrará os conceitos importantes para a apresentação da instituição, acolhimento e integração no respetivo serviço, a conclusão, onde procuro traduzir a importância da leitura e consulta do manual de forma a potenciar a qualidade e preparação para a integração, e por fim as devidas referências bibliográficas que deram resposta aos aspetos relevantes e mencionados ao longo do mesmo.

Desta forma, será apresentado todo um conjunto de informações de cariz importante no sentido de garantir o melhor acolhimento e integração, tentando desde logo desmistificar qualquer problema que surja durante o ensino clínico neste serviço.

Sempre que necessite de qualquer esclarecimento adicional poderá dirigir-se ao Enfermeiro Gestor, ou ao supervisor que estará habilitado para o/a ajudar.

## 2. Missão, Visão e Valores

Reconhecendo a importância destes três conceitos, e tendo em conta o significado dos me[REDACTED] e respetivo SUMC, são eles fundamentais para a criação, organização e desenvolvimento da instituição e respetivos grupos de trabalho criando assim, uma linha orientadora, foco e significado do trabalho necessário para alcançar os objetivos.

[REDACTED]

Tem como missão a prestação de cuidados de saúde à população da sua área geodemográfica de influência, sem prejuízo do direito da livre preferência dos doentes originários de outras áreas geográficas, desenvolvendo funções de assistência, de ensino pré e pós graduado, estimulando a investigação e o desenvolvimento científico, em benefício da formação e ensino dos seus profissionais, como em cooperação com as diversas instituições de ensino, outros hospitais e/ou instituições de saúde.

A área de atuação e abrangência do [REDACTED]

[REDACTED], reunindo os concelhos de: [REDACTED]

A nossa instituição é uma organização hospitalar constituída por duas unidades: [REDACTED] e [REDACTED], unidades estas que possuem diversos serviços, recursos humanos e tecnologias estruturadas e integradas que visam proporcionar um atendimento humanizado, completo, próximo, confiável e transparente aos utentes que recorram aos seus serviços.

### Valores e Princípios

O [REDACTED] e as pessoas que constituem a sua equipa de trabalho orientam-se pelos seguintes valores e políticas de atuação:

- Competência;
- Humanismo;
- Rigor;
- Transparência;
- Solidariedade;
- União;
- Ambição.

E todas as suas ações fomentadas por vários princípios:

- Reconhecimento da dignidade humana e da centralidade da pessoa;
- Postura e prática com elevados padrões éticos;
- Cultura do conhecimento como um bem em si mesmo;
- Cultura de excelência técnica e do cuidar, assegurando os melhores níveis de resultados e de serviço prestado às pessoas;
- Cultura interna de multidisciplinaridade, de bom relacionamento e cooperação no trabalho.

## 2.2. Serviço de Urgência Médico Cirúrgica

Segundo a Rede de Referência Hospitalar de Urgência/ /Emergência da Direção Geral de Saúde (2001), situações de urgência são todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais. Situações de emergência são todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe estabelecimento ou eminência do compromisso de uma ou mais funções vitais.

De acordo com os conceitos antes descritos, os nossos profissionais, atuam com consciência, conhecimentos e competências para um exercício que contribua para uma rápida recuperação e um tratamento digno e humano.

A nossa grande missão como SUMC é garantir cuidados e tratamentos de excelência a todos os doentes em contexto de doença. Como Equipa de Enfermagem, passa por assegurar a prestação e continuidade de cuidados de Enfermagem aos utentes numa perspetiva holística, com a máxima eficácia, eficiência e dando resposta às necessidade de saúde, com respeito absoluto pela individualidade de cada um.

Simultaneamente assegurar o desenvolvimento e valorização pessoal e profissional dos Enfermeiros, num contexto de formação, investigação e inovação. É pretensão do serviço contribuir e acompanhar o percurso académico de estudantes de Enfermagem na categoria de Enfermeiros de Cuidados Gerais e Enfermeiros Especialistas.

Queremos servir sempre mais e melhor, aprendendo todos os dias a melhor maneira para alcançar os nossos objetivos.

Os Valores que defendemos são:

- ⇒ A integridade, transparência e honestidade em todas as nossas atividades;
- ⇒ A valorização Humana. Cuidar dos doentes e pessoas é a razão da nossa existência;
- ⇒ Excelência no sentido do aumento das qualidades – O benefício é uma meta constante;
- ⇒ Humanização – Proporcionar um atuação melhorada, efetiva e eficiente dos serviços de saúde, com o foco posto nas pessoas e suas famílias;
- ⇒ Altruísmo;
- ⇒ Solidariedade.

### 3. Apresentação do Serviço

O [REDACTED] é composto por duas unidades de Urgência: a Urgência Básica em [REDACTED] e a Urgência Médico-Cirúrgica em [REDACTED], servindo de referência para a população do [REDACTED], uma população com cerca de 520 mil habitantes. O SUMC é composto pela urgência de adultos, pediátrica e de ginecologia/obstetrícia.

No âmbito da rede de prestação de cuidados nos serviços de urgência hospitalares, definida pelo Ministério da Saúde, o Serviço de Urgência da Unidade de [REDACTED] foi classificado como um Serviço de Urgência Básica (SUB), funcionando 24 horas por dia e assegurada por dois clínicos gerais.

Urgência é toda uma situação clínica em que o atraso no diagnóstico ou tratamento, pode desenvolver graves riscos para o doente, nomeadamente risco de vida.

A área funcional do Serviço de Urgência é distribuída pela:

- **Admissão e receção**

Localiza-se à entrada do Serviço de Urgência, estando dividida entre Admissão Geral e Admissão Pediátrica. Neste local são realizados os procedimentos administrativos necessários à admissão do doente.

Neste espaço existe uma sala de espera, onde os doentes aguardam a chamada para o gabinete de Triagem e para a avaliação médica daqueles que têm prioridade verde.

- **Área de triagem/ Prioridade no Atendimento no Serviço de Urgência**

Após a admissão, o doente passará para Área de Triagem onde é feita uma avaliação inicial por enfermeiro(a), tendo em conta o protocolo de Triagem de Manchester, um protocolo

Internacional implementado em Manchester (UK) em 1997 e desde então adotado como norma em vários hospitais do Reino Unido.

Segundo a Norma 002/2018 - Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata (2018) da DGS, este protocolo foi implementado em Portugal a partir de 2000, e tem como objetivo definir o nível de prioridade, a identificação de critérios de gravidade de uma forma objetiva e sistematizada, indicando a prioridade clínica com que a pessoa deve ser atendida e o respetivo tempo alvo que é recomendado até à primeira observação médica, não estabelecendo diagnósticos.

Assim, é garantido que o doente mais urgente é identificado de imediato e atendido antes do doente considerado menos urgente. Existindo as seguintes classificações:

**Prioridade Vermelha:** doentes emergentes (Atendimento Imediato);

**Prioridade Laranja:** doentes muito urgentes (Atendimento até 10 min);

**Prioridade Amarela:** doentes urgentes (Atendimento até 50 min);

**Prioridade Verde:** doentes pouco urgentes (Atendimento até 120 min);

**Prioridade Azul:** doentes não urgentes (Atendimento até 240 min);

**Prioridade Branca:** Razões administrativas, clínicas e outras (Sem urgência).

Para além desta classificação, os doentes que no momento da Triagem apresentem sinais ou sintomas compatíveis com **Acidente Vascular Cerebral, Enfarte Agudo do Miocárdio, Infecções Generalizadas e Traumatismos graves entram em vias prioritárias de atendimento – Vias Verdes.**

- **Circuito do doente**

1. **Após a entrada no Serviço de Urgência**, e após os procedimentos administrativos, o doente deve dirigir-se para a zona de espera da triagem.
2. Na triagem, consoante o problema/queixas apresentadas, é-lhe **atribuída uma cor que define a prioridade de atendimento**. Como referido anteriormente, o doente poderá entrar numa via prioritária de atendimento (Via Verde).
3. **Consoante a avaliação e cor atribuída o doente é encaminhado** para a Sala de Emergência, Sala de Trauma, Área Laranja, Área Amarela, Área Verde, Área Cirurgia/Ortopedia.
4. **Após a observação clínica**, poderá ser necessária a realização de tratamentos ou exames complementares de diagnóstico em outras áreas do SU, ou do Hospital.

5. **Após a alta**, e antes de abandonar o SU, a pessoa deve dirigir-se ao posto administrativo e ali validar todos os documentos que lhe foram entregues (credenciais, marcações de consulta, etc.). Se for internado o doente será conduzido ao Serviço de Internamento e os seus familiares ou acompanhantes informados da decisão de internamento.

- **Balcão de Informações do Serviço de Urgência**

De forma a melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde e os familiares/acompanhantes dos doentes, o Serviço de Urgência dispõe de um Balcão de Informações que se encontra junto à sala de espera de acompanhantes, em funcionamento entre as 08h00 e as 24h00. Este serviço destina-se a:

- Prestar informações gerais sobre o utente;
- Estabelecer o contacto dos familiares ou acompanhantes com os profissionais de saúde;
- Orientar os utentes e familiares relativamente aos procedimentos e percursos intra-hospitalares;
- Organizar e apoiar as visitas dos familiares/acompanhantes aos doentes.

O SUMC, situa-se na [REDACTED] e –

[REDACTED]

- **Telefone Geral:** [REDACTED]
- **Fax:** [REDACTED]
- **Posto de Informação – Visitantes e Acompanhantes:** [REDACTED]
- **Posto de Informações – Serviço de Urgência:** [REDACTED]

Situa-se no piso quatro do corpo central do Hospital, contíguo ao Bloco Operatório e próximo ao serviço de imagiologia e Serviço de Medicina Intensiva.

Trata-se de um serviço autónomo onde prevalece a observação, colheita e procura contínua de dados de forma sistémica e sistematizada. O SU, é um dos serviços que se encontra integrado no Departamento de Urgência e Emergência, e Medicina Intensiva do [REDACTED]

Estruturalmente é organizado pelas diferentes áreas clínicas:

- Sala de Emergência: constituída por três boxes prontas para receber qualquer doente em situação emergente.
- Área Laranja: local onde predomina o doente mais instável e em situação crítica.
  - Sete gabinetes (partilhados com a área amarela).
  - Sala de Macas;
  - Inaloterapia.
- Área Amarela:
  - Sete gabinetes médicos (partilhados com a área laranja).
  - Sala de Enfermagem;
  - Sala de Espera dos doentes;
  - Sala de Macas;
  - Isolamento;
  - Gabinete de ECG.
- Área Verde:
  - Um gabinete médico;
  - Sala de Enfermagem.
  - Sala de Espera dos doentes.
- Área Cirúrgica e Área de Ortopedia:
  - Sala de Trauma;
  - Sala de Enfermagem + Macas;
  - Dois gabinetes médicos de Cirurgia e dois de Ortopedia;
  - Duas salas de Pequena Cirurgia;
  - Sala de Esterilizados.

No espaço físico total da urgência, existem algumas áreas comuns:

- WC's e WC's adaptados para os doentes em período de urgência;
- Farmácia, junto da área laranja onde existe algum stock de material corrente e necessário ao longo dos dias de trabalho e a *PYXIS* – um sistema automatizado de fornecimento e gestão da medicação;
- Copa própria para o usufruto dos assistentes operacionais em prol dos doentes;
- Secretariado e Direção do Serviço, local onde estão os secretários do serviço, gabinete do Enf. Gestor e Sala de Reuniões;
- Copa dos profissionais, onde qualquer profissional pode fazer as suas refeições;
- Vestiários masculinos e femininos, onde fica disponível um espaço físico para guardar os seus pertences e se fardar;

Equipado com diversos equipamentos específicos ao tratamento e suporte vital do doente em contexto urgente ou emergente. Estando assim distribuídos por toda a área de urgência.

O SCLínico é o sistema de informação utilizado no nosso serviço, desde a triagem, às atitudes clínicas e aos cuidados de Enfermagem. Sistema este que confere a compilação de toda a informação registada durante o episódio de urgência, bem como a sua transferência para o Internamento caso seja necessário. Desta forma, todo o suporte clínico está informatizado, desde a admissão do doente até ao momento da sua alta.

Segundo o Artigo 2º do Diário da República, 2.a série - N.º 153 - 11 de agosto de 2014 pelo Ministério Público, a rede dos Serviços de Urgência integram os três diferentes níveis de resposta, por ordem crescente de recursos e de capacidade de resposta:

1. Serviço de Urgência Básico (SUB);
2. Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC);
3. Serviço de Urgência Polivalente (SUP).

O Serviço de Urgência do [REDACTED], conforme preconiza o Artigo 4º do Diário da República, 2.a série - N.º 153 - 11 de agosto de 2014 pelo Ministério Público, é um dos exemplos de SUMC, o segundo nível de acolhimento das situações de urgência, devendo de existir em rede, localizando-se como forma primordial de apoio diferenciado à rede de SUB e referenciando para SUP situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades não existentes no SUMC, definidas nas respetivas redes de referenciação.

Sabendo que em Portugal Continental é obrigatória a existência no mínimo de 20 e o máximo de 39 SUMC, seguindo um *ratio* de 2-3 SUMC por cada SUP, o nosso SU faz parte dos 3 SUMC do SUP – [REDACTED]

A distribuição nacional de SUMC e SUP deve ainda garantir uma distância temporal de acesso de, no máximo, 60 minutos entre qualquer local do território nacional e um destes serviços. Cada SUMC deve distar mais de 60 minutos de outro SUMC ou SUP, sem prejuízo da existência de mais de um SUMC num raio de demora inferior, nos casos em que a população abrangida por cada hospital seja superior a 200.000 habitantes. Tendo em conta a nossa localização, distamos cerca de 32min de tempo e 44km de distância do SUP – São João.

Sem prejuízo dos números facultados anteriormente, nas áreas de reduzida densidade de residentes e casuística em que este objetivo seja considerado inexecutável ou

desaconselhável do ponto de vista técnico, pela sua relação custo-benefício e pelo seu elevado custo de oportunidade, devem ser garantidas condições de avaliação, estabilização e transporte do doente através de SUB e capacidade de resposta dos meios de emergência pré-hospitalar.

O SU do [REDACTED] é considerado SUMC, pois verifica os seguintes recursos:

- Recursos humanos:
  - Equipas Médica;
  - Enfermeiros;
  - Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica;
  - Assitents Operacionais
  - Assistentes técnicos
- Valências médicas obrigatórias e equipamento mínimo:
  - Medicina Interna;
  - Pediatria;
  - Cirurgia Geral;
  - Ortopedia;
  - Anestesiologia;
  - Imuno-Hemoterapia;
  - Bloco Operatório (em permanência);
  - Imagiologia (devendo assegurar em permanência radiologia convencional, ecografia simples, TAC);
  - Patologia Clínica (devendo assegurar em permanência todos os exames básicos, incluindo análises de gases do sangue e lactatos).
- O apoio das especialidades de Cardiologia (incluindo as capacidades de cardiologia de intervenção), Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Urologia, Nefrologia (com diálise para situações agudas), Obstetrícia, Cirurgia Pediátrica, Psiquiatria, Pneumologia, Gastrenterologia e de Serviços ou Unidades de Medicina Intensiva deve fazer-se de acordo com o definido nas respetivas redes de especialidades hospitalares e de referênciação.
- O SUMC tem uma sala de emergência com equipa com formação especializada em medicina de urgência e uma área de cuidados intermédios para os doentes que necessitem de vigilância organizada e sistemática.

- Os Serviços ou Unidades de Cuidados Intensivos devem prestar apoio na atividade à receção do Doente Emergente e/ou Crítico, através da presença ou rápido acesso a médico de medicina intensiva.
- O SMUC mantém a formação permanente em Suporte Avançado de Vida e Transporte de Doente Crítico, sendo este transporte assegurado pelo SUMC.
- O SUMC tem uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) em gestão integrada, em que a equipa, para além de assegurar a atividade pré-hospitalar, participa na prestação de cuidados ao doente crítico dentro do SU, podendo colaborar no seu transporte.

O número de enfermeiros necessário e desejável num SUMC é difícil de estabelecer de uma maneira padronizada já que logicamente irá variar de acordo com a afluência ao SU e respetivas características, do tipo de assistência prestada, com a complexidade dos doentes, entre outros fatores. No entanto, o direito fundamental de ser assistido e tratado por profissionais qualificados e recursos adequados, não pode ser colocado em causa (Parecer N.º 15 / 2018, Ordem dos Enfermeiros). Tendo em conta a publicação da Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem e aprovada em Assembleia Geral de 30 de maio de 2014, pela Ordem dos Enfermeiros são aconselhados 80 elementos para a equipa de Enfermagem do SUMC tendo as valências do momento, com a abertura da futura Unidade de Curta Permanência a equipa deve aumentar para 104 enfermeiros. Tendo em conta os recursos humanos disponíveis no serviço e os fatores mencionados anteriormente, o rácio não se cumpre conforme o indicado.

Para levar a cabo a sua missão, dispõe de um grupo de médicos de diversas especialidades, e de um vasto grupo de Enfermeiros Generalistas e Especialistas, devidamente treinados na prestação de cuidados em contexto de Urgência/Emergência.

As 24 horas da equipa de Enfermagem dividem-se em 5 tipos de turnos (Manhãs, Manhã prolongada, Tardes, Tarde prolongada e Noites) que por sua vez subdividem-se:

- Manhã (M): 08:00-14:30;
- Tarde (T): 14:00 – 20:30;
- Manhã e Tarde (MT): 08:00 – 20:30;
- Manhã 9 (M9): 08:00 – 16:30;
- Tarde 9 (T9): 16:00 - 24:00;

- Noite (N): 22:00 – 09:00;

É de salientar que a equipa do SU, disponibiliza-se sempre que possível a encarar os desafios e a contribuir para o desenvolvimento do [REDACTED] fazendo tudo para que os doentes e família, recebam a melhor e mais digna assistência, promovendo a assunção de valores e princípios humanísticos, respeitando a dignidade da pessoa, cortesia e a empatia na relação com o outro. Trabalhará com profissionalismo e em equipa no sentido de promover uma nova oportunidade para o regresso à vida normal do doente, com a melhor qualidade de vida possível.

#### 4. Equipa Multidisciplinar

O serviço é composto pela seguinte Equipa Multidisciplinar, dedicada a tempo inteiro, com cobertura autónoma de sete dias por semanas, em regime de permanência de 24h/dia:

- Diretor de Serviço:
  - Dr. [REDACTED]
- Enfermeira Gestor:
  - Enf. Gestor [REDACTED]
- Administrador da Área:
  - Dr.<sup>a</sup> [REDACTED]
- Equipa Médica das várias especialidades:
  - Clínica geral
  - Medicina Interna
  - Ortopedia
  - Cirurgia Geral
- Equipa de Enfermagem: 64 elementos
  - Enf. Especialistas em Enfermagem Médico - Cirúrgica: 14 elementos;
  - Enf. Especialista em Saúde Comunitária: 2 elementos;
  - Enf. Especialista em Enfermagem de Reabilitação: 3 elementos;
  - Enf. de Cuidados Gerais: 45 elementos.
- Secretariado da Unidade:
  - [REDACTED]
- Assistentes Operacionais: 46 elementos;
- Assistentes Técnicos: 22 elementos.

## 5. Protocolo de Estágio para o Estudante

Tal como na nossa conduta de trabalho, os estudantes são propostos numa fase inicial a simples objetivos, respetivas atividades. É de ressaltar que este protocolo é de caráter dinâmico e de constante ajuste tendo em conta os objetivos estabelecidos pelo Estudante e o tempo de permanência na unidade.

Tabela 1. Protocolo de Estágio para o Estudante

DIAS	OBJETIVOS	ATIVIDADES	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS
<b>1º Dia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Conhecer os valores e padrões de comportamentos privilegiados pela Gestão;</li> <li>⇒ Conhecer a estrutura do serviço;</li> <li>⇒ Conhecer os recursos humanos de serviço;</li> <li>⇒ Conhecer as normas e protocolos de serviço.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Fornecimento do Manual de Acolhimento para os Estudantes;</li> <li>⇒ Visita ao serviço;</li> <li>⇒ Apresentação da equipa multidisciplinar;</li> <li>⇒ Facultar dossiê das Normas e Protocolos do Serviço para consulta.</li> </ul>	Enf.º Gestor [Redacted] Enf.ª [Redacted] [Redacted]
<b>2º Dia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Dar a conhecer a localização dos diferentes materiais;</li> <li>⇒ Dar a conhecer os procedimentos do serviço;</li> <li>⇒ Dar a conhecer os equipamentos de monitorização.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Explicar e mostrar a localização do material Clínico, hoteleiro e equipamento;</li> <li>⇒ Explicar como se processam as atividades ao longo do dia;</li> <li>⇒ Explicar o funcionamento do equipamento de</li> </ul>	Enfº Especialista e responsável pela orientação do Estudante.

		monitorização.	
<b>3º Dia</b>	<p>⇒ Observar os cuidados;</p> <p>⇒ Integrar nos cuidados;</p> <p>⇒ Prestar cuidados sob supervisão.</p>	<p>⇒ Permitir e incentivar o acompanhamento e prática do estudante, nas atividades/tarefas realizadas ao longo dos turnos, na Triagem e área Verde.</p>	<p>⇒ Enfº Especialista e responsável pela orientação do Estudante.</p>
<b>4º dia</b>	<p>⇒ Observar os cuidados;</p> <p>⇒ Integrar nos cuidados;</p> <p>⇒ Prestar cuidados sob supervisão.</p>	<p>⇒ Permitir e incentivar o acompanhamento e prática do estudante, nas atividades/tarefas realizadas ao longo dos turnos, na área amarela e laranja.</p>	<p>⇒ Enfº Especialista e responsável pela orientação do Estudante.</p>
<b>5º dia</b>	<p>⇒ Observar os cuidados;</p> <p>⇒ Integrar nos cuidados;</p> <p>⇒ Prestar cuidados sob supervisão.</p>	<p>⇒ Permitir e incentivar o acompanhamento e prática do estudante, nas atividades/tarefas realizadas ao longo dos turnos, na Área Cirúrgica, Sala de Trauma e Sala de Emergência.</p>	<p>⇒ Enfº Especialista e responsável pela orientação do Estudante.</p>
<b>6º dia em diante</b>	<p>⇒ Observar, integrar e prestar cuidados sob supervisão.</p>	<p>⇒ Aprofundar os conhecimentos, desenvolver capacidades e adquirir as competências com a prática das atividades/tarefas nas diferentes áreas da SUMC.</p>	<p>⇒ Enfº Especialista e responsável pela orientação do Estudante.</p>
<b>Na Reta Final</b>	<p>⇒ Avaliação Final</p>	<p>⇒ Reunião com Prof. Orientador da Instituição de Ensino, Enf.º Gestor [REDACTED], e Enfº Especialista e responsável pela</p>	<p>⇒ Enf.º Gestor [REDACTED], Enfº Especialista e responsável pela orientação do</p>

		orientação do Estudante a fim de efetuar um breve balanço das expectativas/vivências experienciadas e competências adquiridas.	Estudante. E Prof. Orientador da Instituição de Ensino.
--	--	--	---

De forma a tornar o acompanhamento do Estudante mais personalizado e individualizado, foi criado um Guia de Experiências do Estudante (Apêndice I), com o objetivo de consultar quais os cuidados com que teve contato, aqueles que teve possibilidade de experienciar, refletindo sobre cada um deles fundamentando-os com os conteúdos de leitura aconselhada pelo serviço e/ou bibliografia recomendada.

### 5.1. Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais

O perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar. Pela certificação destas competências assegura-se que o enfermeiro possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção.

São três os Domínios de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais:

- Responsabilidade Profissional, Ética e legal;
- Prestação e gestão dos cuidados;
- Desenvolvimento profissional.

Considerando as competências já estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros (2015), e publicadas em Diária da República distribuídas pelos domínios:

1. Responsabilidade Profissional, ética e legal:

Tabela 2: Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais segundo Diário da República, 2.a série - N.º 79 - 23 de abril de 2015. (2015), Regulamento n.º 190/2015, pp. 10087,10088.

Competências	Critérios de Competência
<p><b>1.1.Desenvolve uma prática profissional com responsabilidade.</b></p> <p>Demonstra um exercício seguro, responsável e profissional, com consciência do seu âmbito de intervenção. A competência assenta num corpo de conhecimento e na avaliação sistemática das melhores práticas, permitindo uma tomada de decisão fundamentada.</p>	<p>1.1.1. Aceita a responsabilidade e responde pelas suas ações e pelos juízos profissionais que elabora;</p> <p>1.1.2. Reconhece os limites do seu papel e da sua competência.</p> <p>1.1.3. Consulta peritos em Enfermagem, quando os cuidados de Enfermagem requerem um nível de perícia que está para além da sua competência atual ou que saem do âmbito da sua área de exercício.</p> <p>1.1.4. Consulta outros profissionais de saúde e organizações, quando as necessidades dos indivíduos ou dos grupos estão para além da sua área de exercício.</p>
<p><b>1.2.Exerce a sua prática profissional de acordo com os quadros ético, deontológico e jurídico.</b></p> <p>Demonstra uma prática assente na Deontologia profissional e nos referenciais legais; analisa e interpreta em situação específica de prestação de cuidados gerais.</p>	<p>1.2.1.Exerce de acordo com o Código Deontológico.</p> <p>1.2.2. Envolve-se de forma efetiva nas tomadas de decisão éticas.</p> <p>1.2.3. Atua na defesa dos direitos humanos, tal como descrito no Código Deontológico.</p> <p>1.2.4. Respeita o direito dos clientes ao acesso à informação.</p> <p>1.2.5. Garante a confidencialidade e a segurança da informação, escrita e oral, adquirida enquanto profissional.</p> <p>1.2.5. Respeita o direito do cliente à privacidade.</p> <p>1.2.6. Respeita o direito do cliente à escolha e à autodeterminação referente aos cuidados de Enfermagem e de saúde.</p> <p>1.2.7. Aborda de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente.</p> <p>1.2.8. Identifica práticas de risco e adota</p>

	<p>as medidas apropriadas.</p> <p>1.2.9. Reconhece as suas crenças e os seus valores e a forma como estes podem influenciar a prestação de cuidados.</p> <p>1.2.10. Respeita os valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e grupos.</p> <p>1.2.11. Presta cuidados culturalmente sensíveis.</p> <p>1.2.12. Pratica de acordo com a legislação aplicável.</p> <p>1.2.13. Pratica de acordo com as políticas e normas nacionais e locais, desde que estas não colidam com o Código Deontológico dos enfermeiros.</p> <p>1.2.14. Reconhece e atua nas situações de infração ou violação da Lei e/ou do Código Deontológico, que estão relacionadas com a prática de Enfermagem.</p>
--	--

## 2. Prestação e gestão dos cuidados:

Tabela 3: Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais segundo Diário da República, 2.a série - N.º 79 - 23 de abril de 2015. (2015), Regulamento n.º 190/2015, pp. 10087-10089.

Competências	Crítérios de Competência
<p><b>2.1. Atua de acordo com os fundamentos da prestação e gestão de cuidados.</b></p> <p>O enfermeiro age de forma fundamentada, mobilizando e aplicando os conhecimentos e técnicas adequadas, procurando realizar as melhores práticas assentes em resultados de investigação e outras evidências.</p>	<p>2.1.1. Aplica os conhecimentos e as técnicas mais adequadas, na prática de Enfermagem;</p> <p>2.1.2. Incorpora, na prática, os resultados da investigação válidos e relevantes, assim como outras evidências;</p> <p>2.1.3. Inicia e participa nas discussões acerca da inovação e da mudança na Enfermagem e nos cuidados de saúde;</p> <p>2.1.4. Aplica o pensamento crítico e as técnicas de resolução de problemas;</p> <p>2.1.5. Ajuíza e toma decisões fundamentadas, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados;</p>

	<p>2.1.6. Fornece a fundamentação para os cuidados de Enfermagem prestados;</p> <p>2.1.7. Organiza o seu trabalho, gerindo eficazmente o tempo;</p> <p>2.1.8. Demonstra compreender os processos do direito associados aos cuidados de saúde;</p> <p>2.1.9. Atua como um recurso para os indivíduos, para as famílias e para as comunidades que enfrentam desafios colocados pela saúde, pela deficiência e pela morte;</p> <p>2.1.10. Apresenta a informação de forma clara e sucinta;</p> <p>2.1.11. Interpreta, de forma adequada, os dados objetivos e subjetivos, bem como os seus significados, tendo em vista uma prestação de cuidados segura;</p> <p>2.1.12. Demonstra compreender os planos de emergência para situações de catástrofe;</p>
<p><b>2.2. Contribui para a promoção da saúde.</b></p> <p>O enfermeiro mobiliza os seus conhecimentos técnico-científicos na definição de diagnósticos de situação, no estabelecimento de planos de ação atendendo às políticas de saúde e sociais, bem como os recursos disponíveis no contexto em que está inserido. O enfermeiro no âmbito da educação para a saúde, dota os cidadãos de conhecimentos, capacidades, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas ao seu projeto de saúde.</p>	<p>2.2.1. Demonstra compreender as políticas de saúde e sociais. (33) — Trabalha em colaboração com outros profissionais e com outras comunidades.</p> <p>3.2.2. Vê o indivíduo, a família e a comunidade numa perspetiva holística que tem em conta as múltiplas determinantes da saúde.</p> <p>3.2.3. Participa nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para a sua avaliação.</p> <p>3.2.4. Aplica conhecimentos sobre recursos existentes para a promoção e educação para a saúde.</p> <p>3.2.5. Atua de forma a dar poder ao indivíduo, à família e à comunidade, para adotarem estilos de vida saudáveis.</p> <p>3.2.6. Fornece informação de saúde relevante para ajudar os indivíduos, a</p>

	<p>família e a comunidade a atingirem os níveis ótimos de saúde e de reabilitação;</p> <p>3.2.7. Demonstra compreender as práticas tradicionais dos sistemas de crenças sobre a saúde dos indivíduos, das famílias ou das comunidades;</p> <p>3.2.8. Proporciona apoio/educação no desenvolvimento e/ou na manutenção das capacidades para uma vivência independente;</p> <p>3.2.9. Reconhece o potencial da educação para a saúde nas intervenções de Enfermagem;</p> <p>3.2.10. Aplica o conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas interações com os indivíduos, as famílias e as comunidades;</p> <p>3.2.11. Avalia a aprendizagem e a compreensão acerca das práticas de saúde.</p>
<p><b>2.3. Utiliza o Processo de Enfermagem.</b> O enfermeiro diagnostica e prioriza os problemas, procurando recolher e analisar os dados mais relevantes que lhe permitem estabelecer objetivos e um plano de cuidados fundamentado no e para o qual assume a parceria efetiva do cliente/cuidadores. Cria momentos de avaliação em todo o processo e procede às respetivas alterações sempre que considera necessário, visando a qualidade dos cuidados.</p>	<p>2.3.1. Efetua, de forma sistemática, uma apreciação sobre os dados relevantes para a conceção dos cuidados de Enfermagem;</p> <p>2.3.2. Analisa, interpreta e documenta os dados com exatidão;</p> <p>2.3.3. Formula um plano de cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e/ou cuidadores;</p> <p>2.3.4. Consulta membros relevantes da equipa de cuidados de saúde e sociais;</p> <p>2.3.5. Garante que o cliente e/ou os cuidadores recebem e compreendem a informação na qual baseiam o consentimento dos cuidados;</p> <p>2.3.6. Estabelece prioridades para os cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e/ou cuidadores.</p> <p>2.3.7. Identifica resultados esperados e o intervalo de tempo para serem atingidos e/ou revistos, em colaboração com os clientes e/ou cuidadores;</p> <p>2.3.8. Revê e reformula o plano de cuidados regularmente, sempre que</p>

	<p>possível, em colaboração com os clientes e/ou cuidadores;</p> <p>2.3.9. Documenta o processo de cuidados;</p> <p>2.3.10. Implementa os cuidados de Enfermagem planeados para atingir resultados esperados;</p> <p>2.3.11. Pratica Enfermagem de uma forma que respeita os limites de uma relação profissional com o cliente;</p> <p>2.3.12. Documenta a implementação das intervenções;</p> <p>2.3.13. Responde eficazmente em situações inesperadas ou em situações que se alteram rapidamente;</p> <p>2.3.14. Responde eficazmente em situações de emergência ou catástrofe;</p> <p>2.3.15. Avalia e documenta a evolução, no sentido dos resultados esperados;</p> <p>2.3.16. Colabora com os clientes e/ou com os cuidadores na revisão dos progressos, face aos resultados esperados;</p> <p>2.3.17. Utiliza os dados da avaliação para alterar o planeamento dos cuidados.</p>
<p><b>2.4. Estabelece uma comunicação e relações interpessoais eficazes.</b></p> <p>O enfermeiro estabelece relações terapêuticas com o cliente e/ou cuidadores, através da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais.</p>	<p>2.4.1. Inicia, desenvolve e suspende relações terapêuticas com o cliente e/ou cuidadores, através da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais;</p> <p>2.4.2. Comunica com consistência informação relevante, correta e compreensível, sobre o estado de saúde do cliente, de forma oral, escrita e eletrónica, no respeito pela sua área de competência;</p> <p>2.4.3. Assegura que a informação dada ao cliente e/ou aos cuidadores é apresentada de forma apropriada e clara;</p> <p>2.4.5. Responde apropriadamente às questões, solicitações e aos problemas dos clientes e/ou dos cuidadores, no respeito pela sua área de competência.</p>

	<p>2.4.6. Comunica com o cliente e/ou familiares, de forma a dar-lhes poder.</p> <p>2.4.6. Utiliza a tecnologia de informação disponível, de forma eficaz e apropriada.</p> <p>2.4.7. Demonstra atenção sobre os desenvolvimentos/aplicações locais, no campo das tecnologias da saúde.</p>
<p><b>2.5. Promove um ambiente seguro.</b></p> <p>O enfermeiro focaliza a sua intervenção na complexa interdependência pessoa/ambiente, procurando conhecer com acuidade o seu campo de ação, utilizando estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco.</p>	<p>2.5.1. Cria e mantém um ambiente de cuidados seguro, através da utilização de estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco. (69) — Utiliza instrumentos de avaliação adequados para identificar riscos reais e potenciais.</p> <p>2.5.2. Garante a segurança da administração de substâncias terapêuticas.</p> <p>2.5.3. Implementa procedimentos de controlo de infeção;</p> <p>2.5.4. Regista e comunica à autoridade competente as preocupações relativas à segurança.</p>
<p><b>2.6. Promove cuidados de saúde interprofissionais.</b></p> <p>O enfermeiro assume o seu papel de interlocutor privilegiado da equipa pluriprofissional estando no centro dos cuidados com o cliente/ cuidadores, com estratégias de articulação assentes numa comunicação eficaz e que permitem a elaboração e execução de planos de cuidados nos quais participa de forma contínua e sistemática.</p>	<p>2.6.1. Aplica o conhecimento sobre práticas de trabalho interprofissional eficazes;</p> <p>2.6.2. Estabelece e mantém relações de trabalho construtivas com enfermeiros e restante equipa;</p> <p>2.6.3. Contribui para um trabalho de equipa multidisciplinar e eficaz, mantendo relações de colaboração;</p> <p>2.6.4. Valoriza os papéis e as capacidades de todos os membros da equipa de saúde e social;</p> <p>2.6.5. Participa com os membros da equipa de saúde na tomada de decisão respeitante ao cliente;</p> <p>2.6.6. Revê e avalia os cuidados com os membros da equipa de saúde;</p> <p>2.6.7. Tem em conta a perspectiva dos clientes e/ou cuidadores na tomada de decisão pela equipa interprofissional.</p>

<p><b>2.7. Delega e supervisiona tarefas.</b> O enfermeiro avalia a necessidade e o tipo de cuidados a prestar ao cliente, e na priorização dos mesmos, assume a delegação de tarefas e a respetiva supervisão a pessoal funcionalmente dependente de si, mantendo total responsabilidade pelos cuidados prestados.</p>	<p>2.7.1. Delega noutros, atividades proporcionais às suas capacidades e ao seu âmbito de prática; 2.7.2. Utiliza uma série de estratégias de suporte quando supervisa aspetos dos cuidados delegados a outro; 2.7.3. Mantém responsabilidade quando delega aspetos dos cuidados noutros.</p>

### 3. Desenvolvimento Profissional:

Tabela 4: Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais segundo Diário da República, 2.a série - N.º 79 - 23 de abril de 2015. (2015), Regulamento n.º 190/2015, pp. 10087-10090.

Competências	Critérios de Competência
<p><b>3.1. Contribui para a valorização profissional.</b> O enfermeiro assume o seu papel imprescindível nos cuidados de saúde aos cidadãos, criando e dando visibilidade ao seu espaço no trabalho pluriprofissional, assumindo a liderança dos processos sempre que for o profissional melhor colocado para tal.</p>	<p>3.1.1. Promove e mantém a imagem profissional da Enfermagem; 3.2.2. Defende o direito de participar no desenvolvimento das políticas de saúde e no planeamento dos programas; 3.2.3. Contribui para o desenvolvimento da prática de Enfermagem; 3.2.4. Valoriza a investigação como contributo para o desenvolvimento da Enfermagem e como meio para o aperfeiçoamento dos padrões de qualidade dos cuidados; 3.2.5. Atua como um modelo efetivo; 3.2.6. Assume responsabilidades de liderança quando for relevante para a prática dos cuidados de Enfermagem e dos cuidados de saúde.</p>
<p><b>3.2. Contribui para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem.</b></p>	<p>3.2.1 Utiliza indicadores válidos na avaliação da qualidade de Enfermagem; 3.2.3. Participa em programas de melhoria contínua da qualidade e</p>

<p>O enfermeiro participa em programas de melhoria da qualidade, atuando simultaneamente como promotor e executor dos processos, mobilizando e divulgando continuamente novos conhecimentos sobre boas práticas.</p>	<p>procedimentos de garantia da qualidade.</p>
<p><b>3.3. Desenvolve processos de formação contínua.</b>  O enfermeiro adota uma atitude reflexiva sobre as suas práticas, identificando áreas de maior necessidade de formação, procurando manter-se na vanguarda da qualidade dos cuidados num aperfeiçoamento contínuo das suas práticas.</p>	<p>3.3.1. Leva a efeito uma revisão regular das suas práticas;  3.3.2. Assume responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção e aperfeiçoamento das competências;  3.3.3. Atua no sentido de ir ao encontro das suas necessidades de formação contínua;  3.3.4. Contribui para a formação e para o desenvolvimento profissional de estudantes e colegas;  3.3.5. Atua como um mentor/tutor eficaz;  3.3.6. Aproveita as oportunidades de aprender em conjunto com os outros, contribuindo para os cuidados de saúde.</p>

## 5.2. Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Considerando as competências já estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros (2018), e publicadas em Diária da República:

- 1) Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica.

Atendendo à diversidade e complexidade dos processos médicos e/ou cirúrgicos vivenciados pela pessoa acometida por doença aguda ou crónica e respetiva família/cuidadores, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica responde eficazmente ao mobilizar conhecimentos e habilidades na identificação da intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção, numa parceria de cuidar promotora da segurança e da qualidade dos cuidados.

Tabela 5. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica., segundo Diário da República, 2.a série — N.º 135 — 16 de julho de 2018. (2018). Regulamento n.º 429/2018. pp. 19360-19361.

Unidade de Competência	Critérios de Avaliação
<p>1.1 Identifica as necessidades da pessoa, família e cuidadores assegurando a deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação decorrentes de patologias agudas ou crónicas e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos.</p>	<p>1.1. Estabelece relação terapêutica eficaz/adequada com a pessoa e família/cuidador alvo dos seus cuidados;</p> <p>1.1.2. Demonstra competências específicas em técnicas de comunicação que lhe permite adaptar a comunicação à pessoa e ao contexto;</p> <p>1.1.3. Reconhece as necessidades de intervenção especializada nas áreas de atenção relevantes para a pessoa, família/cuidadores que vivenciam processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;</p> <p>1.1.4. Previne complicações, reconhecendo a complexidade das situações de saúde vivenciadas pela pessoa, família e cuidadores;</p> <p>1.1.5. Envolve a pessoa, família/cuidadores em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar;</p> <p>1.1.6. Avalia o impacto que a situação decorrente do processo patológico agudo ou crónico e dos processos médico-cirúrgico complexos, tem na qualidade de vida e bem-estar da pessoa e/ou família/cuidadores alvo dos seus cuidados especializados.</p>
<p>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.</p>	<p>1.2.1. Apoia a pessoa e família/cuidador no processo de transição e adaptação saúde-doença perante situações decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos;</p> <p>1.2.2. planos de intervenção com vista à promoção, prevenção e controlo da</p>

	<p>doença aguda ou crónica nos diversos contextos de ação;</p> <p>1.2.3. Adequa estratégias de intervenção especializada exequíveis, coerentes e articuladas, de modo a proporcionar uma melhor qualidade de vida, bem-estar e conforto;</p> <p>1.2.4. Valoriza o potencial da pessoa, família/cuidador na vivência do processo de transição saúde-doença, perante situações decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos;</p> <p>1.2.5. Prioriza as intervenções especializadas na prevenção de complicações e na adaptação aos processos de transição saúde/doença aguda ou crónica, decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos.</p>
<p>1.3. Implementa as intervenções planeadas tendente à vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos decorrentes da doença aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos que careçam de meios de intervenção avançados.</p>	<p>1.3.1. Reconhece situações de especial complexidade e implementa intervenções especializadas decorrentes da patologia aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos;</p> <p>1.3.2. Adequa os recursos à consecução das diferentes intervenções especializadas e prevenção de complicações e eventos adversos decorrentes da patologia aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos;</p> <p>1.3.3. Atua rápida e eficazmente a situações decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, monitorizando a segurança e bem-estar da pessoa, família/cuidador;</p> <p>1.3.4. Reconhece os processos médicos e/ou cirúrgicos complexos e a gestão da doença aguda ou crónica como fatores de stress;</p> <p>1.3.5. Atua capacitando a pessoa, família/cuidador na prevenção da doença aguda ou crónica;</p> <p>1.3.6. Fundamenta a sua intervenção e</p>

	<p>tomada de decisão na melhor evidência científica;</p> <p>1.3.7. Atua de forma a munir pessoa, família/cuidador de competências necessárias à gestão do processo saúde/doença e ao cuidado personalizado;</p> <p>1.3.8. Documenta a implementação das intervenções especializadas de acordo com o contexto clínico.</p>
<p>1.4. Avalia os resultados com base nas respostas da pessoa, família e cuidadores a vivenciar doença aguda ou crónica e processos médicos e/ou cirúrgicos complexos.</p>	<p>1.4.1. Envolve a pessoa, família/cuidadores na avaliação do plano de cuidados;</p> <p>1.4.2. Monitoriza a eficácia das intervenções especializadas executadas;</p> <p>1.4.3. Monitoriza os progressos da pessoa, família/cuidador considerando os resultados esperados;</p> <p>1.4.4. Documenta de forma sistematizada os indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem especializados que traduzam ganhos em saúde e fundamentem a tomada de decisão decorrentes dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos.</p>

- 2) Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrente de doença aguda ou crónica.

Ponderando os múltiplos contextos de atuação e a diversidade de processos terapêuticos complexos, o enfermeiro faz a gestão do risco e do ambiente propício aos cuidados especializados e adequa a sua resposta salvaguardando a sua segurança e a da pessoa alvo da sua intervenção.

Tabela 6. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica., segundo Diário da República, 2.a série — N.º 135 — 16 de julho de 2018. (2018). Regulamento n.º 429/2018. pp. 19361-19362.

Unidades de Competência	Crítérios de Avaliação
	2.1.1. Diagnostica precocemente as

<p>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.</p>	<p>complicações resultantes da doença aguda ou crónica e dos processos terapêuticos complexos;</p> <p>2.1.2. Fomenta planos que favorecem os processos de adaptação/transição situacional;</p> <p>2.1.3. Dinamiza a conceção, planeamento e intervenção no controlo dos sinais e sintomas decorrentes da doença aguda ou crónica e dos processos médicos e cirúrgicos complexos;</p> <p>2.1.4. Intervém na gestão da dor aguda e crónica, utilizando medidas farmacológicas e não farmacológicas;</p> <p>2.1.5. Demonstra conhecimentos que permitem a intervenção junto de pessoas com feridas complexas de índole médica e cirúrgica associada à matriz de regeneração tecidual e integração de medidas terapêuticas;</p> <p>2.1.6. Demonstra conhecimentos que permitem a intervenção junto de pessoas com alterações endócrinas e metabólicas;</p> <p>2.1.7. Mobiliza conhecimentos no domínio das novas tecnologias na gestão, intervenção e avaliação dos processos terapêuticos complexos, incluindo a tele-trabalho em enfermagem;</p> <p>2.1.8. Desenvolve intervenções técnicas de alta complexidade em resposta às necessidades identificadas, decorrentes dos processos médico e/ou cirúrgicos</p>
---	--

<p>2.2. Gere as circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos associados à administração de processos terapêuticos nos diversos contextos de atuação.</p>	<p>complexos.</p> <p>2.2.1. Intervém como gestor de risco, na promoção de um ambiente seguro e de qualidade na prestação dos cuidados de enfermagem;</p> <p>2.2.2. Adapta planos de emergência e catástrofe, em articulação com o nível estratégico, aquando a administração de processos terapêuticos complexos nos diversos contextos de prevenção;</p> <p>2.2.3. Monitoriza os fatores desencadeantes de eventos adversos, instituindo estratégias de prevenção na gestão dos processos terapêuticos complexos;</p> <p>2.2.4. Desenvolve procedimentos de controlo de eventos adversos.</p>
<p>2.3. Promove estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança, nos vários contextos de atuação.</p>	<p>2.3.1. Notifica os incidentes de segurança e de qualidade decorrentes da intervenção de enfermagem;</p> <p>2.3.2. Reconhece as situações ou procedimentos que possam determinar a ocorrência de um resultado indesejável ou inesperado nos diferentes níveis organizacionais;</p> <p>2.3.3. Fomenta medidas de correção, salvaguardando a segurança e qualidade dos cuidados e promovendo a formação da equipa em articulação com comissões ou organismos institucionais.</p>

- 3) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica

Considerando o elevado risco de infeção associado aos cuidados de saúde decorrente da doença aguda ou crónica, do ambiente e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos de que a pessoa é sujeita, quer sejam de diagnóstico, terapêuticos e manutenção da qualidade de vida, o enfermeiro responde eficazmente na prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos.

Tabela 7. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica., segundo Diário da República, 2.a série — N.º 135 — 16 de julho de 2018. (2018). Regulamento n.º 429/2018. pp. 19362.

Unidades de Competência	Critérios de Avaliação
<p>3.1. Concebe Plano de Prevenção, Intervenção e Controlo de Infeção e de Resistência a Antimicrobianos nos diferentes contextos de cuidados.</p>	<p>3.1.1. Demonstra conhecimento dos Planos de Prevenção, Intervenção e Controlo de Infeção e de Resistência a Antimicrobianos e das diretrizes de âmbito local, regional e nacional;</p> <p>3.1.2. Diagnostica as necessidades da unidade/contexto de prestação de cuidados em matéria de prevenção, intervenção e controlo da infeção;</p> <p>3.1.3. Fomenta estratégias pró-ativas visando prevenção e/ou controlo da infeção nos variados contextos de prestação de cuidados;</p> <p>3.1.4. Atualiza com base na melhor evidência científica, o Plano de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos;</p> <p>3.1.5. Divulga por todos os membros da equipa de prestação de cuidados o Plano de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência a Antimicrobianos;</p> <p>3.1.6. Facilita a adesão da pessoa, família e cuidador na prevenção, intervenção e controlo de infeção mediante o contexto de prestação de cuidados.</p>
<p>3.1. Lidera o desenvolvimento de procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de infeção, designadamente das infeções associadas aos cuidados de</p>	<p>3.2.1. Demonstra conhecimentos específicos na prevenção, intervenção e controlo da infeção e de Resistência a Antimicrobianos, que lhe permitam ser referência na equipa de cuidados;</p>

saúde e de resistência a antimicrobianos.	<p>3.2.2. Estabelece os procedimentos e circuitos requeridos na prevenção, intervenção e controlo da infeção, face às vias de transmissão;</p> <p>3.2.3. Salvaguarda o cumprimento dos procedimentos estabelecidos no Plano de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos;</p> <p>3.2.4. Documenta as medidas de prevenção, intervenção e controlo implementadas;</p> <p>3.2.5. Integra a nível local, regional e nacional, e grupos de coordenação nesta área de intervenção.</p>
---	---

### 5.3. Papel e/ou funções do Enfermeiros Especialista em Médico-Cirúrgica no Serviço de Urgência

A formação específica e especializada é justificada pela crescente complexidade dos equipamentos, técnicas, e procedimentos disponibilizados por estes serviços/unidades. Daí resulta que a capacidade para abordar, de forma global, integrada e multidisciplinar, doentes complexos e graves é cada vez mais importante num mundo de crescente fragmentação e especialização de conhecimento, (Ordem dos Enfermeiros, Parecer N.º 15 / 2018), sendo que cabe a cada profissional o papel de valorizar esta diferenciação de competências.

Ao Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, cabe-lhe o desenvolvimento e aprofundamento do conhecimento, das suas competências, do raciocínio crítico, da melhoria na resolução de problemas e na tomada de decisão, no desenvolvimento de competências no âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Os cuidados de enfermagem na pessoa, família e cuidador em situação crítica exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.

## 6. Considerações Finais

Com a elaboração deste documento planeamos elucidar os novos estudantes em processo de enriquecimento de conhecimentos e competências no SUMC quanto à sua constituição, área de abrangência e serviços prestados, transmitindo-o de maneira flexível, atendendo às características pessoais e experiência profissional do estudante, com o propósito de dar resposta aos objetivos traçados no início do período de formação.

Como descreve a Ordem dos Enfermeiros (2017), todo este processo de integração é um potenciador de satisfação e motivação do estudante, que por sua vez proporciona ao mesmo uma adoção de uma atitude positiva, e uma sensação de bem-estar que se reflete no seu rendimento profissional, traduzindo-se num indicador de qualidade dos cuidados de Enfermagem.

É também de salientar que este Manual, tendo um carácter dinâmico, poderá sofrer adaptações mediante as vivências, oportunidades a experienciar e objetivos traçados, antes e durante o estágio, tendo em conta o fator tempo de permanência no serviço e duração do estágio.

Este Manual de Acolhimento deve manter-se em constante atualização e recetivo a sugestões para seu aperfeiçoamento, com vista a melhorar os acolhimentos e integrações dos futuros Estudantes e/ou Especialistas.

## 7. Referências Bibliográficas

- Universidade do Porto. (2011). Processo de Bolonha. [Versão Eletrónica]. Acedido a 20 de Novembro de 2019, em: [https://sigarra.up.pt/up/pt/web\\_base.gera\\_pagina?p\\_pagina=processo%20de%20bolonha%20na%20u.porto%20-%20faq](https://sigarra.up.pt/up/pt/web_base.gera_pagina?p_pagina=processo%20de%20bolonha%20na%20u.porto%20-%20faq).
- Ministério Público, 2013. Avaliação Nacional da Situação das unidades de cuidados intensivos. Lisboa: Ministério Público. [Versão Eletrónica]. Acedido a 20 de Novembro de 2019, em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avaliacao-nacional-da-situacao-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). Norma para o Cálculo de Dotações seguras dos cuidados de enfermagem. [Versão Eletrónica]. Acedido a 22 de Novembro de 2019, em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro\\_Norma\\_de\\_DotacoesSeguras\\_dos\\_Cuidados\\_de\\_Enfermagem\\_AG\\_30\\_05\\_2014\\_aprovado\\_por\\_maioria\\_proteg.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro_Norma_de_DotacoesSeguras_dos_Cuidados_de_Enfermagem_AG_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf).
- Diário da República, 2.a série — N.º 135 — 16 de julho de 2018. (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 peri operatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. pp. 19359-19362. [Versão Eletrónica]. Acedido a 26 de Novembro de 2019, em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/médico-cirurgica.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros, (2018). PARECER N.º 15 / 2018 - Funções do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica nas Unidades de Cuidados Intensivos/Serviços de Medicina Intensiva. Mesa do colégio da especialidade em enfermagem Médico-Cirúrgica. [Versão Eletrónica]. Acedido a 26 de Novembro de 2019, em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-nº15\\_2018-funcoes-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-nº15_2018-funcoes-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros, (2017). PARECER N.º 78 / 2017 – Integração em Bloco Operatório (Circulação e Instrumentação). [Versão Eletrónica]. Acedido a 20 de Novembro de 2019, em:

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/7307/parecerplusnºplus78plusceplus-plus19102017\\_integraçãooplusnoplusblocoplusoperatório\\_edoc\\_2017\\_11256\\_rectificação\\_anoni.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/7307/parecerplusnºplus78plusceplus-plus19102017_integraçãooplusnoplusblocoplusoperatório_edoc_2017_11256_rectificação_anoni.pdf)

- Diário da República, 2.a série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019. Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. pp. 4744-4750. [Versão Eletrónica]. Acedido a 26 de Novembro de 2019, em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>.
- Diário da República, 2.a série — N.º 79 — 23 de abril de 2015. Regulamento n.º 190/2015 - Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. pp. 10087-10090 . [Versão Eletrónica]. Acedido a 6 de Dezembro de 2019, em: <https://dre.pt/application/conteudo/67058782>.
- Diário da República, 2.a série — N.º 153 — 11 de agosto de 2014. Despacho n.º 10319/2014 pp. 4744-4750. [Versão Eletrónica]. Acedido a 26 de Novembro de 2019, em: <https://dre.pt/application/conteudo/55606457>.
- Direção Geral de Saúde, (2018). Norma no 002/2018 - Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. [Versão Eletrónica]. Acedido a 11 de Dezembro de 2019, em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx>.
- Direção Geral de Saúde, (2001). Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/ /Emergência. [Versão Eletrónica]. Acedido a 11 de Dezembro de 2019, em: <https://www.dgs.pt/planeamento-de-saude/hospitais/redes-referenciacao-hospitalar/rede-de-referenciacao-hospitalar-de-urgenciaemergencia-pdf.aspx>.
- Ordem dos Enfermeiros, (2017). PARECER N.º 10 / 2017– DIFERENCIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA EM RELAÇÃO AO ENFERMEIRO GENERALISTA, NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA. [Versão Eletrónica]. Acedido a 11 de Dezembro de 2019, em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer\\_10\\_2017\\_MCEEMC\\_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf).

## 8. Apêndices

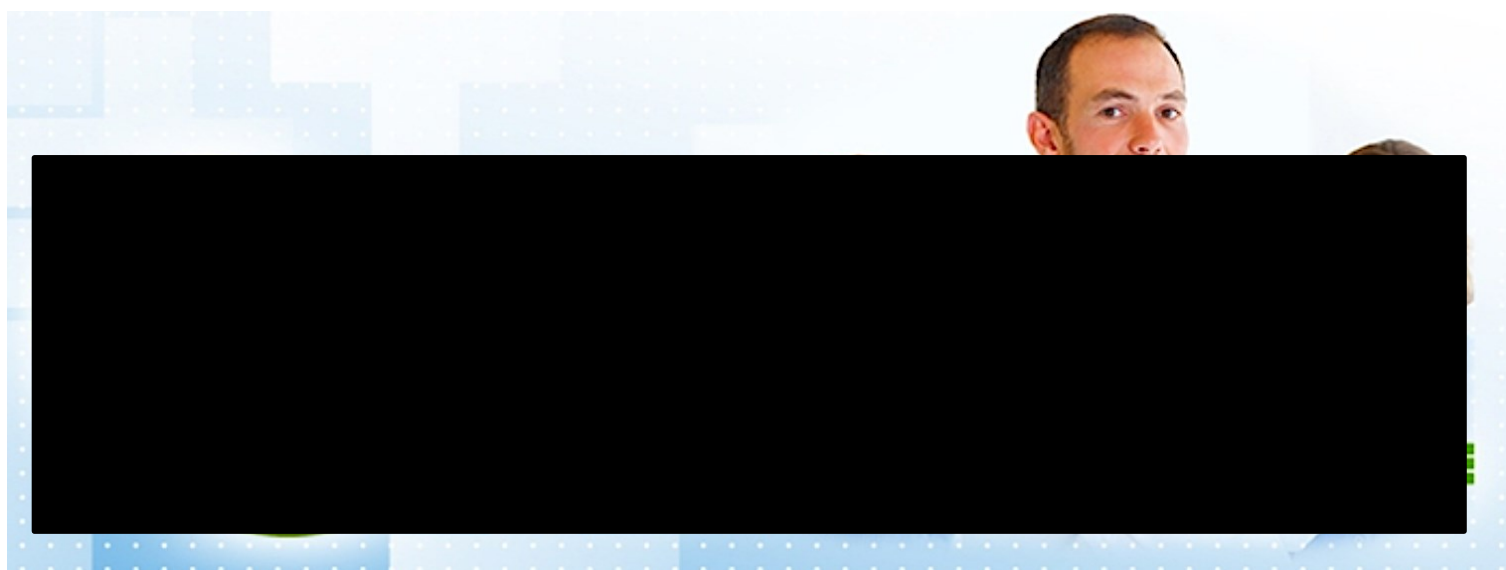
## Apêndice I - Guia de Registo de Experiências do Estudante

ESPERIÊNCIAS		REGISTOS		
		1º CONTATO	2º CONTATO	OBSERVAÇÕES
<b>SALA DE EMERGÊNCIA</b>	VIA VERDE AVC			
	VIA VERDE CORONÁRIA			
	VIA VERDE TRAUMA			
	VIA VERDE SEPSIS			
<b>ÁREA LARANJA</b>				
<b>ÁREA AMARELA</b>				
<b>ÁREA VERDE</b>				
<b>ÁREA CIRÚRGICA</b>				
<b>TRIAGEM</b>				
<b>HIGIENE</b>	Cuidados de Higiene			
	Higiene Oral			
<b>MOBILIDADE</b>	Posicionamentos			
	Levantes			
<b>VENTILAÇÃO</b>	Invasiva			
	Não Invasiva			
<b>ASPIRAÇÃO</b>	STB via TET			
<b>MEDICAÇÃO</b>	Bólus			
	Perfusão			
	Transfusões de Sangue			
<b>REGISTOS</b>	SCLínico: avaliação Inicial			

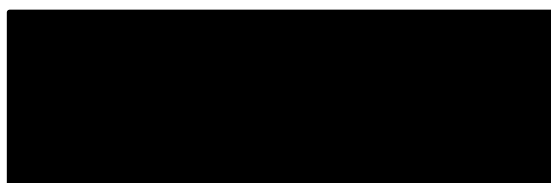
	Passagem de Turno			
<b>NUTRIÇÃO</b>	Entérica			
<b>ALTA</b>	Alta Médica			
	Outro Hospital			
	Óbito			
<b>ACOMPANHAMENTO</b>	Bloco			
	Imagiologia			
	Internamento			
	Serviço de Hemodinâmica			
	Extra.Hospitalar			
<b>COLHEITAS</b>	Venosas			
	Arteriais			
	Secreções			
	Urina			
<b>EXAMES</b>	Ecocardiograma			
	ECG			
	TAC			
<b>TÉCNICAS</b>	Algaliação			
	Cateterismo Periférico			
	Entubação NG			
	Toracocentese			
	Parententese			
	Dreno Torácico			
	Punção Lombar			
	Traq. Percutânea			
<b>TRATAMENTOS</b>	Feridas			
	CVC			

	Cirúrgicos			
	Outros			
<b>PREPARAÇÃO MATERIAL</b>	Cateterismo Arterial			
	Cateterismo Central			
	Cat. P/Swan-Ganz			
	Cat. Femoral p/TSR			
	KIT PVC			
<b>MONITORIZAÇÃO</b>	Não invasiva			
	Invasiva: Capnografia			
	Invasiva: p. Arteriais			
<b>OUTRAS</b>				

## Apêndice II - Manual de Acolhimento para o Estudante na UCIP



### *Manual de Acolhimento para o Estudante*



**Unidade de Cuidados Intensivos  
Polivalente**

## *Sê bem-vindo...*

É com satisfação que o recebemos na nossa Unidade!

O momento de entrada e receção de um novo estudante e/ou elemento na nossa unidade determina o sucesso e qualidade da sua integração, o acolhimento de um profissional em fase de formação/integração, o momento ideal, para fornecermos as melhores condições de acolhimento, com o objetivo de iniciar um bom período de aprendizagem.

Este Manual de Acolhimento, pretende ser um instrumento facilitador no processo de acolhimento e integração onde constam todas as informações fundamentais sobre a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, os seus valores e a sua filosofia de atuação que temos vindo a aprimorar ao longo da nossa existência.

Com a leitura deste manual e na existência de qualquer dúvida, deverá esclarecer com um dos dois Enfermeiros que irão supervisionar a orientação do estudante, a Enf.<sup>a</sup> [REDACTED] [REDACTED] (Enf.<sup>a</sup> Chefe) ou o/a Enfermeiro/a designado para a sua supervisão e colaboração.

Cabe-nos desejar a vós estudantes/profissionais, o maior sucesso na aprendizagem aqui nossa na nossa Unidade, reafirmar a nossa confiança na excelência dos nossos cuidados ao serem transmitidos de forma astuta para a formação de futuros profissionais.

## Índice

1. Introdução.....	5
2. Apresentação do serviço.....	7
3. Missão, Visão e Valores.....	11
3.1. [REDACTED].....	11
Valores e Princípios.....	11
3.2. Unidade Cuidados Intensivos Polivalente.....	12
4. Equipa multidisciplinar .....	13
5. Protocolo de estágio para o estudante .....	15
5.1. Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica .....	16
5.2. Papel e/ou funções do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica na UCIP .....	24
6. Considerações Finais.....	25
7. Referências Bibliográficas .....	26
8. Apêndices.....	28
Guia de Registo de Experiências do Estudante.....	30

## Índice de Tabelas:

Tabela 1. Protocolo de Estágio para o Estudante .....	15
Tabela 2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica., segundo Diário da República, 2.a série — N.o 135 — 16 de julho de 2018. (2018). Regulamento n.o 429/2018. pp. 19360-19361.....	17
Tabela 3. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica., segundo Diário da República, 2.a série — N.o 135 — 16 de julho de 2018. (2018). Regulamento n.o 429/2018. pp. 19361-19362.....	20
Tabela 4. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica., segundo Diário da República, 2.a série — N.o 135 — 16 de julho de 2018. (2018). Regulamento n.o 429/2018. pp. 19362. ....	22

## 1. Introdução:

Segundo o Ministério da Saúde (2013), Unidade de Cuidados Intensivos é onde se concentram os meios humanos e técnicos necessários à monitorização e tratamento de doentes com falência de órgão eminente ou estabelecida, potencialmente reversível e reconhecem-se pela sua identidade, missão e liderança.

O Manual de Acolhimento é uma ferramenta cada vez mais indispensável na Gestão dos Recursos Humanos, sendo um elemento facilitador do processo de Acolhimento e Integração/Socialização de novos elementos em âmbito de formação.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2017), o processo de integração é determinante no sucesso da adaptação do profissional à organização e consequentemente, no seu desempenho profissional. Considera-se um processo individual e flexível, onde cada enfermeiro tem uma história de vida, tem experiências, atitudes e ritmos diferentes, os quais devem ser considerados. Destacam Marriner (2009), descrevendo que a existência de um programa de acolhimento numa organização permitirá que um novo elemento assimile, o mais rapidamente possível, a sua cultura e se comporte como um membro dessa organização. Por sua vez, Chiavenato (2001), sublinha que é através da integração que o indivíduo aprende o sistema de valores, normas e padrões de comportamento de forma a adquirir novas competências, apropriadas à realidade que se aproximam.

A unidade recorre a este tipo de documento, com o objetivo de fornecer as informações e instrumentos necessários para o estágio de forma a facilitar a integração na unidade – UCIP, procura criar as melhores condições de acolhimento e inserção, para que, ao consultá-lo fique a conhecer, o modo de funcionamento, regras e valores partilhados que possibilitam uma identificação mais rápida, da cultura organizacional dominante e praticada no serviço, resultando um clima de confiança.

O Processo de Bolonha desencadeado pela Declaração de Bolonha a 19 de Junho de 1999, veio marcar um conjunto de mudanças relacionadas com as políticas ligadas ao Ensino Superior, reconhecendo a importância da educação a sua evolução e necessária sustentabilidade, assentando no desenvolvimento de competências (o que é que o estudante é capaz de, ou sabe fazer) face aos objetivos de aprendizagem estipulados (o que é que o estudante deve ser capaz de fazer). Aqueles que procuram a sua evolução no campo educativo do ensino superior, denominam-se como Estudantes ao invés de Alunos. São

eles um dos elementos centrais do Processo de Bolonha, como elementos ativos no processo de aprendizagem que se pressupõe acontecer ao longo da vida.

Este documento foi concebido a pensar nos Estudantes de Enfermagem em processo de aquisição de conhecimentos e competências, na integração de futuros especialistas e o fornecimento de uma imagem da nossa unidade o mais próximo da realidade.

Para proporcionar uma melhor organização e compreensão, o mesmo encontra-se ordenado com: o corpo central do trabalho que enquadrará os conceitos importantes para a apresentação da instituição, acolhimento e integração na respetiva unidade, a conclusão, onde procuro traduzir a importância da leitura e consulta do manual de forma a potenciar a qualidade e preparação para a integração na unidade e por fim as devidas referências bibliográficas que dão resposta aos aspetos relevantes e mencionados ao longo do mesmo.

É usada uma metodologia descritiva, onde são analisados os pontos fulcrais e desenvolvidos pela direção e chefia da unidade. Ainda exponho os objetivos e atividades protocolados como serviço formativo e respetivas competências que são previstas desenvolver.

Desta forma, será apresentado todo um conjunto de informações de cariz importante no sentido de garantir o melhor acolhimento e integração, tentando desde logo desmistificar qualquer problema que surja durante o ensino clínico neste serviço.

Sempre que necessite de qualquer esclarecimento adicional poderá dirigir-se à Enfermeira Chefe, ou ao supervisor que estará habilitado para o/a ajudar.

## 2. Apresentação do Serviço

O Serviço de Cuidados Intensivos, também designado de Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do [REDACTED]sa, situa-se no [REDACTED]l [REDACTED]. A nossa unidade estreou-se com a primeira admissão a 2 de janeiro de 2004.

Situa-se no piso quatro do corpo central do Hospital, contíguo ao Bloco Operatório e próximo ao Serviço de Urgência. Tem uma lotação de dez camas, dos quais dois são isolamentos. A lotação praticada neste momento, condicionada pelo número reduzido de recursos humanos, e pela não operacionalização de duas camas, é de seis camas, uma delas reservada a cirurgias programadas.

Apesar da designação de unidade, trata-se de um serviço autónomo onde prevalece a observação, colheita e procura contínua de dados de forma sistémica e sistematizada. A UCIP, é um dos serviços que se encontra integrado no Departamento de Urgência e Emergência, Anestesia e Cuidados Intensivos do Hospital P [REDACTED]gregado a esta, encontra-se a Unidade Intermédia Polivalente, formando assim o Serviço de Medicina Intensiva desde Novembro de 2016.

Estruturalmente é organizado em Sistema Misto, pois possui seis camas em regime aberto e num espaço amplo, dois quartos de isolamento em regime fechado, unidades isoladas para doentes, críticos imunodeprimidos ou com infeções graves. Equipado com diversos equipamentos específicos ao tratamento e suporte vital do doente crítico. Assim cada unidade está equipada com uma cama *Hill-Rom Total Care*, com o seu espaço limitado por dois pendentos *Kreuzer*, onde se distribuem os equipamentos de monitorização da marca *Philips Viridia CMS* e ventiladores *Draeger Evita 4*, bem como o sistema integrado de infusoras, designado por “Fluid Manger” desenvolvido pela *B.Braun*.

Possui ainda um sistema informatizado de recolha e monitorização e registo de dados, *PICIS*, o que confere uma enorme versatilidade, quer na vertente da admissão, quer na vertente da vigilância e prescrição. Desta forma, todo o suporte clínico está informatizado, desde a admissão do doente até ao momento da sua alta.

Tem ainda, dentro dos recursos tecnológicos de suporte orgânico, a possibilidade de executar técnicas de substituição renal dispondo para esse efeito de vários monitores *Prismaflex*.

É uma Unidade Cuidados Intensivos de nível III , conforme preconizado pelo Relatório Final da Avaliação da Situação Nacional das Unidade de Cuidados Intensivos e publicado em Diário da República Nº 59, 2ªSérie, de 25 de Março de 2013 pelo Ministério Público, verifica:

- Equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem);
- Assistência médica qualificada nas 24h com a devida preparação específica;
- Acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários, capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais;
- Controlo contínuo da qualidade e programas de ensino e treino em Cuidados Intensivos;
- Constitui o Serviço ou Unidade exigida aos hospitais com SU Polivalente.

O número de enfermeiros necessário e desejável nas Unidades de Cuidados Intensivos de acordo com o número de camas é difícil de estabelecer de uma maneira padronizada já que logicamente irá variar com as características das UCI, do tipo de assistência prestada, com a complexidade dos doentes, entre outros fatores. No entanto, o direito fundamental de qualquer cidadão em estado de doença crítica, ser assistido e tratado por profissionais qualificados e recursos adequados, não pode ser colocado em causa (Parecer N.º 15 / 2018, Ordem dos Enfermeiros). Tendo em conta a publicação da Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem e aprovada em Assembleia Geral de 30 de maio de 2014, pela Ordem dos Enfermeiros o rácio enfermeiro/doente aconselhado é de 1:1. Tendo em conta os recursos humanos disponíveis na unidade e os fatores mencionados anteriormente, o rácio por vezes estende-se para 1:2.

Para levar a cabo a sua missão, dispõe de um grupo de médicos especializados, e de um grupo de Enfermeiros diferenciados, devidamente treinados na prestação de cuidados intensivos.

As 24 horas da equipa de Enfermagem dividem-se em três tipos de turnos (Manhãs, Tardes e Noites) que por sua vez subdividem-se:

- Manhã (M): 08:00-15:30;
- Tarde (T): 15:00 – 22:30;

- Manhã e Tarde (MT): 08:30 – 22:30;
- Noite (N): 22:00 – 09:00;

Estruturalmente, logo á entrada da unidade o serviço tem um secretariado próprio, comum com uma pequena sala de espera e um WC, utilizado maioritariamente para as famílias que aguardam pela visita e/ou reunião com a equipa profissional. Na passagem desta divisão inicial está preconizado pela unidade que na sua entrada, todos devem sempre impreterivelmente proceder ao uso de proteção dos pés e bata descartável, de forma a causar o impacto de entrar num ambiente limpo e salientar os cuidados acrescidos a esta.

Segue-se de um pequeno corredor onde está localizado o armazém, local onde se armazena em quantidades ponderadas todo o material necessário para o nosso funcionamento; uma sala de equipamentos, designada como Oficina: onde estão todos os equipamentos elétricos de reserva com e sem necessidade de reparação; uma Sala de Reuniões utilizada frequentemente para reuniões ou ações de formação do corpo clínico da unidade, como local mais resguardado para qualquer reunião familiar com as famílias dos nossos doentes; um Laboratório utilizado pelos nossos profissionais; os Vestiários Feminino e Masculino e ainda uma sala de Material de Limpeza, local de mais usufruto dos nossos assistentes operacionais.

Em linha perpendicular a esta divisão temos: uma sala dedicada à informática; uma Copa; uma sala de arrumos; Sala Esterilizados: local onde está todo o material esterilizado para nosso uso; o Gabinete da Enf.<sup>a</sup> Chefe; Gabinete do Diretor de Serviço; Gabinete do Médico de Serviço; e um Quarto para descanso dos profissionais de saúde.

Em direção à sala, temos uma divisão fundamental para todos os que entram na sala da nossa unidade, profissionais/pessoas externas à nossa unidade/familiares, com um local próprio para a higienização das mãos, cuidado este fundamental para a passagem para uma zona limpa. Na divisão da sala temos: uma Sala de Limpos; um Sala de Sujos; uma Sala do Pessoal/Copa; uma Saída de Emergência: local pelo qual entram ou saem os nossos doentes para realização de exames e/ou cirurgias necessárias, ou novos doentes para admissão; por fim temos a sala propriamente dita, local ainda onde temos três divisões incorporadas: a Farmácia; o Posto de Trabalho: local utilizado principalmente para a passagem de turno; e a Sala de Preparação de Medicação, local onde é realizada todo o tipo de preparação de medicação utilizada ao longo do dia de trabalho.

É de salientar que toda a equipa da UCIP, está disposta a enfrentar os maiores desafios e a contribuir para o desenvolvimento do [REDACTED], fará tudo para que os doentes e família, recebam a melhor e mais digna assistência, promovendo a assunção de valores e princípios humanísticos, respeitando a dignidade da pessoa, cortesia e a empatia na relação com o outro. Trabalhará com profissionalismo e em equipa no sentido de promover uma nova oportunidade para o regresso à vida normal do doente, com a melhor qualidade de vida possível.

### 3. Missão, Visão e Valores

Reconhecendo a importância destes três conceitos, e tendo em conta o significado dos mesmos no [REDACTED] e respetiva Unidade de Cuidados Intensivos, são eles fundamentais para a criação, organização e desenvolvimento da instituição e respetivos grupo de trabalho criando assim, uma linha orientadora, foco e significado do trabalho necessário para alcançar os objetivos.

[REDACTED]

Tem como missão a prestação de cuidados de saúde à população da sua área geodemográfica de influência, sem prejuízo do direito da livre preferência dos doentes originários de outras áreas geográficas, desenvolvendo funções de assistência, de ensino pré e pós graduado, estimulando a investigação e o desenvolvimento científico, em benefício da formação e ensino dos seus profissionais, como em cooperação com as diversas instituições de ensino, outros hospitais e/ou instituições de saúde.

A área de atuação e abrangência do [REDACTED] é bastante alargada: região do [REDACTED], reunindo os concelhos de: [REDACTED]

[REDACTED]

A nossa instituição é uma organização hospitalar constituída por duas unidades: [REDACTED], unidades estas que possuem diversos serviços, recursos humanos e tecnologias estruturadas e integradas que visam proporcionar um atendimento humanizado, completo, próximo, confiável e transparente aos utentes que recorram aos seus serviços.

#### Valores e Princípios

O [REDACTED] e as pessoas que constituem a sua equipa de trabalho orientam-se pelos seguintes valores e políticas de atuação:

- Competência;
- Humanismo;
- Rigor;
- Transparência;
- Solidariedade;
- União;

- Ambição.

E todas as suas ações fomentadas por vários princípios:

- Reconhecimento da dignidade humana e da centralidade da pessoa;
- Postura e prática com elevados padrões éticos;
- Cultura do conhecimento como um bem em si mesmo;
- Cultura de excelência técnica e do cuidar, assegurando os melhores níveis de resultados e de serviço prestado às pessoas;
- Cultura interna de multidisciplinaridade, de bom relacionamento e cooperação no trabalho.

### 3.2. Unidade Cuidados Intensivos Polivalente

Um internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos, é habitualmente uma fatalidade imprevista, porque corresponde a uma situação grave de uma doença que é potencialmente reversível. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2018), cuidados à pessoa em situação crítica são os altamente qualificados e 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, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.

Por isso, os nossos profissionais, tem a consciência, conhecimentos e competências para um exercício que contribua para uma rápida recuperação e um tratamento digno e humano.

A nossa grande missão é, garantir os cuidados e tratamentos de excelência a todos os doente críticos.

Queremos servir sempre mais e melhor, aprendendo todos os dias a melhor maneira para alcançar os nossos objetivos – Cuidar e tratar os doentes elevando a Medicina Intensiva.

Os Valores que defendemos são:

- ⇒ A integridade e honestidade em todas as nossas atividades;
- ⇒ A valorização Humana. Cuidar dos doentes e pessoas é a razão da nossa existência;
- ⇒ Excelência no sentido do aumento das qualidades – O benefício é uma meta constante;

- ⇒ Humanização – Proporcionar uma atuação melhorada, efetiva e eficiente dos serviços de saúde, com o foco posto nas pessoas (pessoa em situação crítica e família) com o objetivo de oferecer a sua merecida atividade assistencial.
- ⇒ Orientação por Objetivos - focarmo-nos no que pretendemos alcançar, é a melhor maneira de conseguirmos realizar a nossa visão.

## 4. Equipa Multidisciplinar

O serviço é assim composto pela seguinte Equipa Multidisciplinar, dedicada a tempo inteiro, com cobertura autónoma de sete dias por semanas, em regime de permanência de 24h/dia:

- Diretor de Serviço:

[REDACTED]

- Enfermeira Chefe:

[REDACTED]

- Administrador da Área:

[REDACTED]

- Equipa Médica:

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

- Equipa de Enfermagem:

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

- Secretariado da Unidade:

[REDACTED]

- Assistentes Operacionais:

[REDACTED]

## 5. Protocolo de Estágio para o Estudante

Tal como na nossa conduta de trabalho, os estudantes são propostos impreterivelmente por parte da UCIP, numa fase inicial a simples objetivos, respetivas atividades e uma importante avaliação. É de ressaltar que este protocolo é de caráter dinâmico e de constante ajuste tendo em conta os objetivos estabelecidos pelo Estudante e o tempo de permanência na unidade.

Tabela 8. Protocolo de Estágio para o Estudante

DIAS	OBJETIVOS	ATIVIDADES	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS
<b>1º Dia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Conhecer os valores e os padrões de comportamentos privilegiados pela chefia;</li> <li>⇒ Conhecer a estrutura do serviço;</li> <li>⇒ Conhecer os recursos humanos de serviço;</li> <li>⇒ Conhecer as normas e protocolos de serviço.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Fornecimento Manual de Acolhimento para os Estudantes;</li> <li>⇒ Visita ao serviço;</li> <li>⇒ Apresentação da equipa multidisciplinar;</li> <li>⇒ Facultar dossiê das Normas e Protocolos do Serviço para consulta.</li> </ul>	Enf. <sup>a</sup> Chefe Cristina Pinto
<b>2º Dia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Dar a conhecer a localização dos diferentes materiais;</li> <li>⇒ Dar a conhecer os procedimentos no serviço;</li> <li>⇒ Dar a conhecer os equipamentos de monitorização e ventilação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Explicar e mostrar a localização do material Clínico, hoteleiro e equipamento;</li> <li>⇒ Explicar como se processam as atividades nos turnos ao longo do dia (Manhã/Tarde/Noite);</li> <li>⇒ Explicar o funcionamento do equipamento de</li> </ul>	Enf. Especialista (Enf. Auxiliar de Ensino, responsável pelo estudante)

		monitorização de Ventilação Invasiva.	
<b>3º Dia em diante</b>	⇒ Observação nos cuidados; ⇒ Integração nos cuidados.	⇒ Permitir e incentivar o acompanhamento e auxílio ao Enf. Auxiliar de Ensino, por parte do estudante, nas atividades/tarefas realizadas ao longo dos turnos;	⇒ Enf. Especialista (Enf. Auxiliar de Ensino, responsável pelo estudante)
<b>Na Reta Final</b>	⇒ Avaliação Final.	⇒ Reunião com Professor/a Orientadora da Instituição de Ensino, Enf. <sup>a</sup> Chefe Cristina Pinto e com Enf. Auxiliar de Ensino, responsável pelo estudante a fim de efetuar um breve balanço das expectativas/vivências experienciadas e competências adquiridas.	⇒ Enf. Especialista (Enf. Auxiliar de Ensino, responsável pelo estudante) e pela Enf. <sup>a</sup> Chefe

De forma a tornar o acompanhamento do Estudante, mais personalizado e individualizado, foi criado um Guia de Experiências do Estudante (Apêndice I), com o objetivo de consultar quais os cuidados com que teve contato, aqueles que teve possibilidade de experienciar, refletindo sobre cada um deles fundamentando-os com os conteúdos de leitura obrigatória solicitados pela unidade e/ou bibliografia recomendada.

### 5.1. Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Considerando as competências já estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros (2018), e publicadas em Diária da República:

- 4) Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica.

Atendendo à diversidade e complexidade dos processos médicos e/ou cirúrgicos vivenciados pela pessoa acometida por doença aguda ou crónica e respetiva família/cuidadores, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica responde eficazmente ao mobilizar conhecimentos e habilidades na identificação da intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção, numa parceria de cuidar promotora da segurança e da qualidade dos cuidados.

Tabela 9. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica., segundo Diário da República, 2.a série — N.º 135 — 16 de julho de 2018. (2018). Regulamento n.º 429/2018. pp. 19360-19361.

Unidade de Competência	Critérios de Avaliação
<p>1.1 Identifica as necessidades da pessoa, família e cuidadores assegurando a deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação decorrentes de patologias agudas ou crónicas e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos.</p>	<p>1.1. Estabelece relação terapêutica eficaz/adequada com a pessoa e família/cuidador alvo dos seus cuidados;</p> <p>1.1.2. Demonstra competências específicas em técnicas de comunicação que lhe permite adaptar a comunicação à pessoa e ao contexto;</p> <p>1.1.3. Reconhece as necessidades de intervenção especializada nas áreas de atenção relevantes para a pessoa, família/cuidadores que vivenciam processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;</p> <p>1.1.4. Previne complicações, reconhecendo a complexidade das situações de saúde vivenciadas pela pessoa, família e cuidadores;</p> <p>1.1.5. Envolve a pessoa, família/cuidadores em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar;</p> <p>1.1.6. Avalia o impacto que a situação decorrente do processo patológico agudo ou crónico e dos processos médico-cirúrgico complexos, tem na qualidade de vida e bem-estar da pessoa e/ou</p>

	família/cuidadores alvo dos seus cuidados especializados.
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.	<p>1.2.1. Apoia a pessoa e família/cuidador no processo de transição e adaptação saúde-doença perante situações decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos;</p> <p>1.2.2. planos de intervenção com vista à promoção, prevenção e controlo da doença aguda ou crónica nos diversos contextos de ação;</p> <p>1.2.3. Adequa estratégias de intervenção especializada exequíveis, coerentes e articuladas, de modo a proporcionar uma melhor qualidade de vida, bem-estar e conforto;</p> <p>1.2.4. Valoriza o potencial da pessoa, família/cuidador na vivência do processo de transição saúde-doença, perante situações decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos;</p> <p>1.2.5. Prioriza as intervenções especializadas na prevenção de complicações e na adaptação aos processos de transição saúde/doença aguda ou crónica, decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos.</p>
1.3. Implementa as intervenções planeadas tendente à vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos decorrentes da doença aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos que careçam de meios de intervenção avançados.	<p>1.3.1. Reconhece situações de especial complexidade e implementa intervenções especializadas decorrentes da patologia aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos;</p> <p>1.3.2. Adequa os recursos à consecução das diferentes intervenções especializadas e prevenção de complicações e eventos adversos decorrentes da patologia aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos;</p> <p>1.3.3. Atua rápida e eficazmente a situações decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, monitorizando a segurança e bem-estar</p>

	<p>da pessoa, família/cuidador;</p> <p>1.3.4. Reconhece os processos médicos e/ou cirúrgicos complexos e a gestão da doença aguda ou crónica como fatores de stress;</p> <p>1.3.5. Atua capacitando a pessoa, família/cuidador na prevenção da doença aguda ou crónica;</p> <p>1.3.6. Fundamenta a sua intervenção e tomada de decisão na melhor evidência científica;</p> <p>1.3.7. Atua de forma a munir pessoa, família/cuidador de competências necessárias à gestão do processo saúde/doença e ao cuidado personalizado;</p> <p>1.3.8. Documenta a implementação das intervenções especializadas de acordo com o contexto clínico.</p>
<p>1.4. Avalia os resultados com base nas respostas da pessoa, família e cuidadores a vivenciar doença aguda ou crónica e processos médicos e/ou cirúrgicos complexos.</p>	<p>1.4.1. Envolve a pessoa, família/cuidadores na avaliação do plano de cuidados;</p> <p>1.4.2. Monitoriza a eficácia das intervenções especializadas executadas;</p> <p>1.4.3. Monitoriza os progressos da pessoa, família/cuidador considerando os resultados esperados;</p> <p>1.4.4. Documenta de forma sistematizada os indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem especializados que traduzam ganhos em saúde e fundamentem a tomada de decisão decorrentes dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos.</p>

- 5) Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrente de doença aguda ou crónica.

Ponderando os múltiplos contextos de atuação e a diversidade de processos terapêuticos complexos, o enfermeiro faz a gestão do risco e do ambiente propício aos cuidados

especializados e adequa a sua resposta salvaguardando a sua segurança e a da pessoa alvo da sua intervenção.

Tabela 10. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica., segundo Diário da República, 2.a série — N.º 135 — 16 de julho de 2018. (2018). Regulamento n.º 429/2018. pp. 19361-19362.

Unidades de Competência	Critérios de Avaliação
<p>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.</p>	<p>2.1.1. Diagnostica precocemente as complicações resultantes da doença aguda ou crónica e dos processos terapêuticos complexos;</p> <p>2.1.2. Fomenta planos que favorecem os processos de adaptação/transição situacional;</p> <p>2.1.3. Dinamiza a conceção, planeamento e intervenção no controlo dos sinais e sintomas decorrentes da doença aguda ou crónica e dos processos médicos e cirúrgicos complexos;</p> <p>2.1.4. Intervém na gestão da dor aguda e crónica, utilizando medidas farmacológicas e não farmacológicas;</p> <p>2.1.5. Demonstra conhecimentos que permitem a intervenção junto de pessoas com feridas complexas de índole médica e cirúrgica associada à matriz de regeneração tecidual e integração de medidas terapêuticas;</p> <p>2.1.6. Demonstra conhecimentos que permitem a intervenção junto de pessoas com alterações endócrinas e metabólicas;</p> <p>2.1.7. Mobiliza conhecimentos no domínio das novas tecnologias na gestão, intervenção e avaliação dos processos terapêuticos complexos, incluindo a tele-</p>

	<p>trabalho em enfermagem;</p> <p>2.1.8. Desenvolve intervenções técnicas de alta complexidade em resposta às necessidades identificadas, decorrentes dos processos médico e/ou cirúrgicos complexos.</p>
<p>2.2. Gere as circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos associados à administração de processos terapêuticos nos diversos contextos de atuação.</p>	<p>2.2.1. Intervém como gestor de risco, na promoção de um ambiente seguro e de qualidade na prestação dos cuidados de enfermagem;</p> <p>2.2.2. Adapta planos de emergência e catástrofe, em articulação com o nível estratégico, aquando a administração de processos terapêuticos complexos nos diversos contextos de prevenção;</p> <p>2.2.3. Monitoriza os fatores desencadeantes de eventos adversos, instituindo estratégias de prevenção na gestão dos processos terapêuticos complexos;</p> <p>2.2.4. Desenvolve procedimentos de controlo de eventos adversos.</p>
<p>2.3. Promove estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança, nos vários contextos de atuação.</p>	<p>2.3.1. Notifica os incidentes de segurança e de qualidade decorrentes da intervenção de enfermagem;</p> <p>2.3.2. Reconhece as situações ou procedimentos que possam determinar a ocorrência de um resultado indesejável ou inesperado nos diferentes níveis organizacionais;</p> <p>2.3.3. Fomenta medidas de correção, salvaguardando a segurança e qualidade dos cuidados e promovendo a formação da equipa em articulação com comissões ou organismos institucionais.</p>

- 6) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica

Considerando o elevado risco de infeção associado aos cuidados de saúde decorrente da doença aguda ou crónica, do ambiente e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos de que a pessoa é sujeita, quer sejam de diagnóstico, terapêuticos e manutenção da qualidade de vida, o enfermeiro responde eficazmente na prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos.

Tabela 11. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica., segundo Diário da República, 2.a série — N.º 135 — 16 de julho de 2018. (2018). Regulamento n.º 429/2018. pp. 19362.

Unidades de Competência	Critérios de Avaliação
<p>3.1. Concebe Plano de Prevenção, Intervenção e Controlo de Infeção e de Resistência a Antimicrobianos nos diferentes contextos de cuidados.</p>	<p>3.1.1. Demonstra conhecimento dos Planos de Prevenção, Intervenção e Controlo de Infeção e de Resistência a Antimicrobianos e das diretrizes de âmbito local, regional e nacional;</p> <p>3.1.2. Diagnostica as necessidades da unidade/contexto de prestação de cuidados em matéria de prevenção, intervenção e controlo da infeção;</p> <p>3.1.3. Fomenta estratégias pró-ativas visando prevenção e/ou controlo da infeção nos variados contextos de prestação de cuidados;</p> <p>3.1.4. Atualiza com base na melhor evidência científica, o Plano de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos;</p> <p>3.1.5. Divulga por todos os membros da equipa de prestação de cuidados o Plano de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência a Antimicrobianos;</p> <p>3.1.6. Facilita a adesão da pessoa, família e cuidador na prevenção, intervenção e controlo de infeção mediante o contexto de prestação de</p>

<p>3.1. Lidera o desenvolvimento de procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de infeção, designadamente das infeções associadas aos cuidados de saúde e de resistência a antimicrobianos.</p>	<p>cuidados.</p> <p>3.2.1. Demonstra conhecimentos específicos na prevenção, intervenção e controlo da infeção e de Resistência a Antimicrobianos, que lhe permitam ser referência na equipa de cuidados;</p> <p>3.2.2. Estabelece os procedimentos e circuitos requeridos na prevenção, intervenção e controlo da infeção, face às vias de transmissão;</p> <p>3.2.3. Salvaguarda o cumprimento dos procedimentos estabelecidos no Plano de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos;</p> <p>3.2.4. Documenta as medidas de prevenção, intervenção e controlo implementadas;</p> <p>3.2.5. Integra a nível local, regional e nacional, e grupos de coordenação nesta área de intervenção.</p>
---	---

## 5.2. Papel e/ou funções do Enfermeiros Especialista em Médico-Cirúrgica na UCIP

A formação específica e especializada é justificada pela crescente complexidade dos equipamentos, técnicas e procedimentos disponibilizados por estes serviços/unidades. Daí resulta que a capacidade para abordar, de forma global, integrada e multidisciplinar, doentes complexos e graves é cada vez mais importante num mundo de crescente fragmentação e especialização de conhecimento, (Ordem dos Enfermeiros, Parecer N.º 15 / 2018 ), sendo que cabe a cada profissional o papel de valorizar esta diferenciação de competências.

Ao Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, cabe-lhe o desenvolvimento e aprofundamento do conhecimento, das suas competências, do raciocínio crítico, e da melhoria na resolução de problemas e na tomada de decisão. Cabe-lhes também o desenvolvimento de competências no âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Os cuidados de enfermagem na pessoa, família/cuidador em situação crítica exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.

## 6. Considerações Finais

Com a elaboração deste documento planeamos elucidar os novos estudantes em processo de enriquecimento de conhecimentos e competências, a Unidade: quanto à sua constituição, área de abrangência e serviços prestados, transmitindo-o de maneira flexível, atendendo as características pessoais e experiência profissional do estudante, com o objetivo de dar resposta aos objetivos traçados no início do período de formação.

Como descreve a Ordem dos Enfermeiros (2017), todo este processo de integração é um potenciador de satisfação e motivação do estudante, que por sua vez, proporciona ao mesmo uma adoção de uma atitude positiva, e uma sensação de bem-estar que se reflete no seu rendimento profissional, traduzindo-se num indicador de qualidade dos cuidados de Enfermagem.

É também de salientar que este Manual tendo um carácter dinâmico e poderá sofrer adaptações mediante as vivências, oportunidades a experienciar e objetivos traçados, antes e durante o estágio, tendo em conta o fator tempo de permanência na unidade e duração do estágio.

Este Manual de Acolhimento deve manter-se em constante atualização e recetivo a sugestões para seu aperfeiçoamento, que por sua vez melhorem os seguintes acolhimentos e integrações dos futuros Estudantes.

## 7. Referências Bibliográficas

- Universidade do Porto. (2011). Processo de bolonha. [Versão Eletrónica]. Acedido a 8 de Outubro de 2019, em: [https://sigarra.up.pt/up/pt/web\\_base.gera\\_pagina?p\\_pagina=processo%20de%20bolonha%20na%20u.porto%20-%20faq](https://sigarra.up.pt/up/pt/web_base.gera_pagina?p_pagina=processo%20de%20bolonha%20na%20u.porto%20-%20faq).
- Ministério Público, 2013. Avaliação Nacional da Situação das unidades de cuidados intensivos. Lisboa: Ministério Público. [Versão Eletrónica]. Acedido a 19 de Outubro de 2019, em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avaliacao-nacional-da-situacao-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. [Versão Eletrónica]. Acedido a 19 de Outubro de 2019, em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro\\_Norma\\_de\\_DotacoesSeguras\\_dos\\_Cuidados\\_de\\_Enfermagem\\_AG\\_30\\_05\\_2014\\_aprovado\\_por\\_maioria\\_proteg.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro_Norma_de_DotacoesSeguras_dos_Cuidados_de_Enfermagem_AG_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf).
- Diário da República, 2.a série — N.º 135 — 16 de julho de 2018. (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 peri operatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. pp. 19359-19362. [Versão Eletrónica]. Acedido a 19 de Outubro de 2019, em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/médico-cirurgica.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros, (2018). PARECER N.º 15 / 2018 - Funções do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica nas Unidades de Cuidados Intensivos/Serviços de Medicina Intensiva. Mesa do colégio da especialidade em enfermagem Médico-Cirúrgica. [Versão Eletrónica]. Acedido a 19 de Outubro de 2019, em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-nº15\\_2018-funções-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-nº15_2018-funções-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf).
- Ordem dos Enfermeiros, (2017). PARECER N.º 78 / 2017 – Integração em Bloco Operatório (Circulação e Instrumentação). [Versão Eletrónica]. Acedido a 19 de Outubro de 2019, em:

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/7307/parecerplusnºplus78plusceplus-plus19102017\\_integraçãoplusnoplusblocoplusoperatório\\_edoc\\_2017\\_11256\\_rectificação\\_anoni.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/7307/parecerplusnºplus78plusceplus-plus19102017_integraçãoplusnoplusblocoplusoperatório_edoc_2017_11256_rectificação_anoni.pdf).

- Diário da República, 2.a série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019. Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. pp. 4744-4750. [Versão Eletrónica]. Acedido a 19 de Outubro de 2019, em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>.

## 8. Apêndices

## Apêndice I - Guia de Registo de Experiências do Estudante

ESPERIÊNCIAS		REGISTOS		
		1º CONTATO	2º CONTATO	OBSERVAÇÕES
<b>ROTINAS</b>	Rotinas da manhã			
	Rotinas da tarde			
	Rotinas da Noite			
<b>HIGIENE</b>	Cuidados de Higiene			
	Higiene Oral			
<b>MOBILIDADE</b>	Posicionamentos			
	Levantes			
<b>VENTILAÇÃO</b>	Invasiva			
	Não Invasiva			
<b>ASPIRAÇÃO</b>	STB via TET			
<b>MEDICAÇÃO</b>	Bólus			
	Perfusão			
	Substituição de Sistemas			
<b>REGISTOS</b>	PICIS - Admissão			
	PISCIS - Diário			
	PICIS - ALTA			
	Passagem de Turno			
<b>NUTRIÇÃO</b>	Entérica			
	Parentérica			
<b>UNIDADE DO DOENTE</b>	Montagem			
	Teste Ventilador			
<b>ADMISSÃO</b>	Bloco			
	Internamento			
	Sala Reanimação			

	Outro Hospital			
<b>ALTA</b>	internamento			
	Outro Hospital			
	Óbito			
<b>ACOMPANHAMENTO</b>	Bloco			
	Imagiologia			
	Extra-Hospitalar			
<b>COLHEITAS</b>	Venosas			
	Arteriais			
	Secreções			
	Urina			
<b>EXAMES</b>	Ecocardiograma			
	Endoscopia			
	Broncofibroscopia			
<b>TÉCNICAS</b>	Algaliação			
	Cateterismo Periférico			
	Entubação NG			
	Toracocentese			
	Parententese			
	Dreno Torácico			
	Punção Lombar			
	Traq. Percutânea			
<b>TRATAMENTOS</b>	Traqueostomia			
	Ileostomia			
	Colostomia			
	CVC			

	Cirúrgicos			
	Outros			
<b>PREPARAÇÃO MATERIAL</b>	Cateterismo Arterial			
	Cateterismo Central			
	Cat. P/Swan-Ganz			
	Cat. Femoral p/TSR			
	KIT PVC			
<b>RETIRADA CATETERES</b>	Venosos Centrais			
	Swan-Ganz			
	Arteriais			
	Epidurais			
<b>MONITORIZAÇÃO</b>	Não invasiva			
	Não invasiva: ANI			
	Invasiva: Capnografia			
	Invasiva: p. Arteriais			
	Invasiva: Swan-Ganz			
	Invasiva: Volume View System			
<b>AVALIAÇÕES</b>	PVC Direta			
	PAP e SVO			
<b>DESMAME VENTILATÓRIO</b>	Peça em T			
	Extubação ET			
<b>TSR</b>	T. Dialítica Contínua			
<b>OUTRAS</b>				

### Conteúdos de Leitura obrigatória no Estágio

Conteúdos	Registo	Observações
Normas e protocolos do serviço		
Dinâmica Cardíaca		
Monitorização Invasiva/Não Invasiva		
Dinâmica Respiratória		
Ventilação Invasiva/Não Invasiva		
Infeção Nosocomial		
Reanimação Cardiorrespiratória		
Suporte Nutricional Artificial		

### Bibliografia Recomendada

- Society of Critical Care Medicine, (2000). *Fundamental Critical Care Support - Fundamentos Em Terapia Intensiva*, Revinter.
- Thelan, Lynne e al., (1996). *Enfermagem em Cuidados intensivos: Diagnóstico e Intervenção*. Lusodidacta.

# **Apêndice III- Comunicação na Passagem de Turno do Serviço de Urgência – Revisão Bibliográfica**



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

---

LISBOA · PORTO

**Curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em  
Enfermagem Médico-Cirúrgica**

**Estágio Final e Relatório**

**Comunicação na Passagem de Turno do Serviço de Urgência – Revisão  
Bibliográfica**

Helena Sofia Vieira Pacheco Cunha

Sob orientação de: Prof.<sup>a</sup> Doutora Sabrina Sousa

Sob tutoria de: Enf. [REDACTED]

Porto, de Dezembro de 2019





## Índice

1. Introdução.....	5
2. Pertinência do tema .....	8
3. Competências Comunicacionais: .....	9
4. Metodologia .....	11
4.1. Modelo PICO.....	11
4.2. Base de Dados .....	11
4.3. Descritores .....	12
4.4. Critérios de Inclusão.....	12
4.5. Diagrama de Prisma.....	13
5. Comunicação em Saúde .....	15
5.1. A comunicação nas equipas de saúde.....	17
6. Segurança em Saúde.....	25
7. Transição dos cuidados de saúde .....	26
7.1. Passagem de Turno .....	28
7.2. Técnica ISBAR.....	36
8. Conclusão .....	41
9. Referências Bibliográficas .....	43
10. Anexos .....	47
Anexo I - Norma 001/2017 - Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde .....	48
11. Apêndices.....	56
Apêndice I - Guia orientador da passagem de turno - Serviço de Urgência Médico Cirúrgica – ██████████ .....	57

## 1. Introdução

O presente documento é elaborado no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, do décimo segundo Curso do Mestrado em Enfermagem Profissional, ministrado pela Universidade Católica Portuguesa, Instituto Ciências da Saúde do Porto, Escola de Enfermagem, com início no ano letivo 2018/2019. O mesmo, é proposto pela Professora Doutora Sabrina Sousa, orientadora do presente estágio e pelo Enf. Gerson Silva, meu tutor ao longo do mesmo. Faz parte dos meus objetivos de estágio, realçar a importância do meu projeto de formação pessoal e profissional da investigação clínica na prática de enfermagem ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem e a identificação das minhas necessidades formativas pessoais na área de especialização, no âmbito dos cuidados urgentes/emergentes. Assim, optei por abordar uma temática com necessidade de ser destacada no contexto de estágio em questão Serviço de Urgência (SU) e no âmbito das competências comunicacionais, salientar a qualidade e eficácia da comunicação na transição de cuidados de saúde.

Durante este segundo contexto de estágio no SU do [REDACTED], a comunicação eficaz entre profissionais de saúde, na transferência de informações e a segurança do doente devem ser sempre salvaguardadas, e segundo a Norma 001/2017 – Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde (2017) da Direção Geral de Saúde (DGS) (Apêndice I), indica, a qualidade na transição dos cuidados de saúde, sendo um elemento fundamental na segurança do doente, pois é associada ao aumento da qualidade da prestação de cuidados, que de alguma maneira se pode influenciar pelos eventos adversos e consequentemente diminuição da mortalidade. É com justa causa, que estando no âmbito da Urgência/Emergência, a ela estão associados uma panóplia de eventos potenciadores da diminuição da segurança da comunicação, que por sua vez afeta a qualidade da prestação dos cuidados de saúde e respetiva continuidade.

Para realçar a importância do meu projeto de formação pessoal e profissional da investigação clínica na prática de enfermagem, procurei através da realização de uma pesquisa e organização de evidência científica, numa base de dados fidedigna, resultando alguns artigos pertinentes e que suscitam interesse fundamentando a temática em questão. Usei uma metodologia descritiva, fundamentada pela pesquisa

bibliográfica, onde exponho os aspetos principais da temática e para o atingimento dos objetivos deste mesmo trabalho.

Tendo em conta a importância da investigação científica na construção do conhecimento em Enfermagem e na valorização socioprofissional da profissão pretendi: questionar a prática em Enfermagem numa perspetiva de investigação utilizando as fontes de pesquisa adequadas, desenvolver pesquisa de forma autónoma, analisar artigos científicos e trabalhar a informação de encontro com a realidade do serviço, e por fim demonstrar capacidade para comunicar os resultados de forma apropriada e sensibilizando a equipa de enfermagem para a temática.

Segundo, Pedro., Nicola. e Oliveira. (2016) a passagem de turno (PT), é o momento que permite a transmissão de informação, e pode ser definida como um processo de troca de informação, uma prática da equipa de Enfermagem com maior expressividade no ambiente hospitalar, com a intenção de transmitir informações objetivas, claras e sucintas, sobre acontecimentos ocorridos durante o período de trabalho, além das informações de interesse à assistência direta ao doente e organização do serviço.

A comunicação é uma ferramenta indispensável para a gestão de qualquer organização, portanto o processo comunicativo é um fator essencial para garantir que as atividades ocorram de maneira eficiente e eficaz. Segundo o mesmo autor, a nossa categoria profissional utiliza mais comumente o mecanismo essencial a este processo, a comunicação verbal.

Desta forma, considera-se que a qualidade da comunicação e da transmissão de informações nos cuidados de saúde, são imprescindíveis para a segurança do doente, continuidade dos Cuidados de Enfermagem e respetiva melhoria contínua, distinguindo-se pela sua importância, e necessidade de estudo.

Para proporcionar uma melhor organização e compreensão deste documento, a mesma encontra-se ordenada com: o corpo central do trabalho que enquadrará o tema, a sua pertinência, e devida bibliografia utilizada e os aspetos relevantes que dão resposta à nossa temática. Por fim, com a conclusão, procuro traduzir a importância que teve este momento de aprendizagem e as dificuldades/expectativas sentidas na elaboração do mesmo.

Não tenho dúvidas de que a realização deste documento deixará conhecimentos essenciais e pertinentes para a minha futura prática profissional, independentemente da

especialidade do serviço onde me encontro a exercer. É de salvaguardar que veio também, oferecer momentos de enriquecimento numa temática sempre presente no dia-a-dia de uma equipa de Enfermagem, e espero consegui-lo espelhar neste documento, redigindo de forma sucinta e explícita.

Com vista à aquisição das competências de Mestre em Enfermagem, aquisição e desenvolvimento das Competências de Especialista na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, durante a UC - Estágio Final e Relatório, foi projetado da minha parte a elaboração e implementação de um projeto direcionado para o desenvolvimento das Competências Comunicacionais no âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica.

## 2. Pertinência do tema

A preocupação em estudar esta temática, emergiu da prática observada e experienciada no segundo contexto do Estágio Final e Relatório – SU, e da necessidade em melhorar os nossos cuidados, percebendo as causas que perturbam a Comunicação Eficaz e influenciam a qualidade da transição de cuidados.

Optei ainda por esta temática, porque enquanto profissional, a transição de cuidados através da PT e da comunicação nela realizada surge como uma das atividades realizadas diariamente. No entanto, aquando estes momentos emergem eventos adversos que consequentemente afetam a qualidade da continuidade de cuidados e a segurança do doente.

Desta forma, o objetivo geral do presente trabalho passa por conhecer o estado da arte relativamente à importância da comunicação eficaz na transição dos cuidados de saúde dos doente em SU, respetivos aspetos positivos e negativos e intervenções solucionais dos problemas encontrados. Acrescento ainda alguns objetivos específicos:

- Abordar uma temática significativa para a prática de cuidados da Enfermagem;
- Adquirir conhecimentos a partir da análise de referências bibliográficas acerca da temática;
- Selecionar e aproximar as referências bibliográficas mais pertinentes à temática, e realidade experienciada, de forma a solucionar problemas da prática do SU;
- Salientar o método mais adequado e aconselhado - ISBAR, para a transmissão de informação na transição de cuidados de saúde com qualidade no SU;
- Sensibilizar os profissionais do SU para a importância da adequada PT necessária em prol da qualidade da continuidade dos cuidados neste local.
- Facilitar a transmissão de informação na transição dos Cuidados de Enfermagem no SU, com a elaboração de um instrumento prático e escrito que auxilie a PT.

### 3. Competências Comunicacionais:

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, conforme publicado em anexo II do Diário da República, 2.a série — N.º 135 — 16 de julho de 2018, presta cuidados especializados e altamente qualificados à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, com vista à sua recuperação total. Exigindo esses cuidados de Enfermagem, observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.

Segundo Rodrigues, A., Azevedo, C., Calvo, V. (2016), quando se interage com o meio ambiente, através de um processo comunicacional, pretende-se dar sentido aos estímulos e sinais que dele advém.

A realização deste projeto visa a valorização da segurança na comunicação, enquadrando-se no âmbito da qualidade dos cuidados de Enfermagem, particularmente no momento de transição de cuidados em plena PT. De acordo com a bibliografia consultada, e o que se verificou com este contexto de estágio é notório um comprometimento da segurança dos cuidados prestados aos doentes no Serviço de Urgência Geral do [REDACTED], decorrentes de um processo de comunicação ineficaz durante os períodos de transição - a PT.

Para os autores anteriores mencionados, a capacidade de comunicar é influenciada pela menor ou maior eficácia com que os membros da sociedade se relacionam. Como tal, ninguém deve abdicar da arte de comunicar, se é vista como uma forma de sobrevivência da sociedade. Conforme o autor cita Fachadas, cerca de 75% do tempo médio da nossa vida é gasto em relacionamento com as outras pessoas, o que justifica o fato de a comunicação ser vista como uma das componentes da estrutura humana, considerando presente os níveis intelectuais, emocionais, e comportamentais, resultando numa base estruturante da sociedade, uma vez que estabelece as relações intra e interpessoais e garante a evolução da vida humana. Todas estas interações comunicacionais são o resultado da passagem de valores, princípios, atitudes e várias experiências de vida projetadas para o comportamento atual.

Sabemos que o processo de comunicação durante a transição de cuidados, PT, pode sofrer falhas, resultando em repercussões importantes, levando à existência de eventos adversos que colocam em causa a qualidade dos cuidados prestados ao doente, afetando a segurança dos mesmos.

## 4. Metodologia

Segundo Souza *et al.* (2010) a revisão integrativa da literatura é um método que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática. É considerada como uma ferramenta ímpar no campo da saúde, pois sintetiza as pesquisas disponíveis sobre determinada temática e direciona a prática, fundamentando-se em conhecimento científico.

Polit e Beck (2011) referem que, para a elaboração de uma revisão integrativa, num primeiro momento, é necessário determinar o objetivo específico do estudo e formular a questão de partida para ser respondida e posteriormente é realizada uma pesquisa em bases de dados credíveis para identificar e analisar o máximo de materiais.

Nesta perspetiva, surge a necessidade de que a prática de Enfermagem seja devidamente fundamentada em bases sólidas que sustentem a prática diária, com o objetivo major da melhoria contínua dos cuidados prestados (Cullum *et al.*, 2009).

### 4.1. Modelo PICO

Como descrevemos anteriormente, o tema definido é: Comunicação na Passagem de Turno do Serviço de Urgência – Revisão da Literatura. Seguindo a lógica dos autores supracitados, começamos por através do modelo PICO definir os elementos imprescindíveis à pesquisa.

O modelo PICO representa um acrónimo em que a cada letra corresponde uma classificação específica, Paciente/População, Intervenção, Comparação da intervenção e Outcomes/Resultados (Craig e Smyth, 2004). Mais concretamente, P a equipa de enfermagem na transição de cuidados, I a diminuição dos eventos adversos que influenciam a eficácia da passagem de turno e melhoria da comunicação eficaz, C, sem efeito, e por fim o O, uma transição de cuidados de qualidade, assegurando a segurança do doente e a continuidade de cuidados.

### 4.2. Base de Dados

A pesquisa bibliográfica, onde obtive material fundamentado no conhecimento e na qualidade da evidência científica, num período compreendido entre 20 de Novembro de

2019 e 1 de Dezembro de 2019. Para o efeito foi utilizado o motor de busca B-On (Biblioteca do Conhecimento Online), base de dados que nos permite o acesso a um vasto número de publicações de natureza científica, a serviços eletrónicos, à comunidade académica e científica nacional.

#### 4.3. Descritores

Dentro do processo da elaboração da questão de investigação, a pesquisa nas bases de dados deve ser ampla e diversificada. No entanto, é feita partindo de palavras-chave que devem estar diretamente relacionadas com a questão de investigação delineada. Na pesquisa em questão, foi realizada partindo dos conceitos: Passagem de turno, Enfermagem.

#### 4.4. Critérios de Inclusão

Deste modo, após a pesquisa inicial foram encontrados vários artigos que abordavam a temática escolhida. Contudo, foi necessário inserir determinados critérios de inclusão para uma seleção mais concreta e consistente, tendo em consideração a temática escolhida. Assim, os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram:

- Publicados entre 2010-2019;
- Português;
- Artigos com amostra ou direcionados para doente em idade adulta;
- Artigos com texto integral que retratassem a temática referente à revisão integrativa.

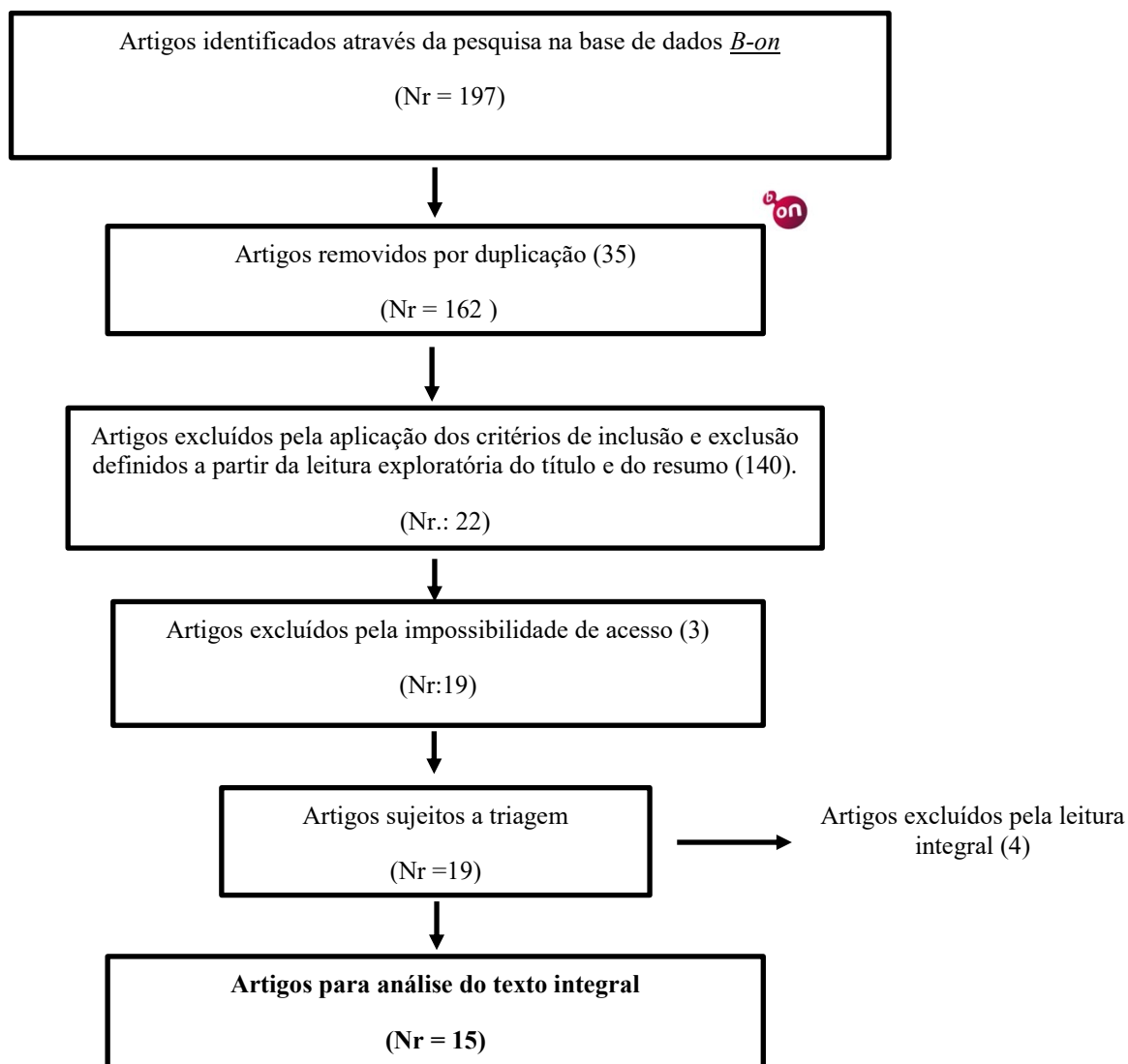
Por fim, o único critério de exclusão definido para a seleção dos artigos foi a população alvo: pediátrica.

Depois de aplicados os critérios de inclusão, foram disponibilizados 197 artigos, onde foram subtraídos aqueles que se encontravam duplicados; os que não respeitavam os critérios de exclusão; aqueles ao qual não era permitido o acesso e os que não iam em direção da temática estudada. Com uma amostra mais reduzida, e com a leitura integral dos mesmos, emergem as respostas à temática em questão.

Por conseguinte, considerando os critérios esboçados obtivemos um total de 15 artigos:

#### 4.5. Diagrama de PRISMA

O diagrama de fluxo PRISMA, é uma representação gráfica do fluxo de etapas analisadas no decurso da escolha da amostra para realizar uma revisão integrativa. Como tal:



Os artigos incluídos na amostra foram:

- Comunicação interna nas organizações: instrumento prático de auxílio à passagem de turno;
- Shift changes between hospital nursing professionals: analysis of influential factors;
- Change of shift report and daily bedside rounding as guidelines for planning nursing assistance;
- Cultura de segurança do paciente: Avaliação pelos profissionais de enfermagem;
- Passagem de turno dos enfermeiros nos quartos (Visita de Enfermagem): Opinião dos utentes;
- Teor da informação partilhada entre enfermeiros durante a passagem de turno no serviço de urgência;
- A Comunicação durante a Transição das Equipas de Enfermagem;
- Opiniões sobre a visita de enfermagem em unidades de cirurgia: tradução, adaptação e validação de questionários;
- ISBAR: Uma comunicação efetiva na transição de cuidados durante a passagem de turno;
- Interrupções nas passagens de turno de enfermagem na terapia intensiva: implicações na segurança do paciente;
- Padronização da passagem de turno em Unidades de Terapia Intensiva Geral - Adulto;
- Eventos adversos decorrentes de falhas de comunicação: Reflexões sobre um modelo para transição do cuidado;
- Comunicação no *handoff* na terapia intensiva: nexos com a segurança do paciente;
- Perceção dos enfermeiros acerca da passagem de turno;
- Segurança do doente crítico: Transição de cuidados, na passagem de turno de enfermagem.

## 5. Comunicação em Saúde

Na área da Saúde, a Comunicação assume um papel de relevo dado que é parte integrante e fundamental do processo de Enfermagem, nomeadamente do plano de cuidados. A prestação de cuidados associada ao plano de Cuidados de Enfermagem, segundo Sousa, citado por Gonçalves (2018), é um processo complexo que envolve diferentes níveis de comunicação, que ocorrem em várias situações e contextos, e a solução para garantir qualidade na prática dos cuidados é uma boa comunicação entre os profissionais de saúde. Para entender as problemáticas da comunicação interna nas organizações, tal como Rodrigues, A., Azevedo, C., Calvo, V. (2016) mencionam, é importante considerar o axioma de Watzlawick (1993), é impensável não se comunicar, pois todo o comportamento é comunicação logo, não existe uma forma de não se comunicar. Tudo o que se diz, ou não se diz, tudo o que se faz, ou não se faz, tem intenção comunicacional. Depreende-se, assim, a equivalência de dois conceitos, aparentemente distintos: comunicação e comportamento. Sempre que existe um comportamento em situação inter racional, isso tem o valor de mensagem, logo há comunicação. Significa assim, que é importante não considerar apenas o valor dado às coisas, gestos, palavras e expressões, mas também o possível significado dado pelo interveniente, bem como o contexto relacional.

O processo de Comunicação é fundamental na transmissão de informação e interação social, ou seja, tal como Gonçalves (2018) cita Riley, envolve um processo recíproco de enviar e receber mensagens entre duas ou mais pessoas. Ao citar Phaneuf, também refere que a comunicação é um elemento de grande destaque para a prestação e continuidade de cuidados, definindo-a como um processo de criação e recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre as pessoas. Por fim, tal como Riley, (2004), foi mencionado, a finalidade da comunicação, passa pela criação de «sentido», o propósito real de gerar a compreensão na outra pessoa é influenciá-la a produzir mudanças.

De acordo com o que Antunes, M. (2019) destaca ao citar Barbosa, *et al* (2013), a comunicação constitui uma ferramenta importante na Enfermagem. Sem ela, existiriam dificuldades para dar sequência nas atividades a serem desenvolvidas pelos enfermeiros nos cuidados a prestar, com a finalidade de dar continuidade e garantia de segurança ao doente.

E sabendo que a comunicação promove a alteração do comportamento das pessoas, é visto como um instrumento de trabalho valioso para a equipa de saúde. Como tal, a comunicação tem como objetivos: proporcionar informação e compreensão necessárias para que as pessoas possam conduzir as suas tarefas, proporcionar as atitudes necessárias que promovam a motivação, cooperação e satisfação nos cargos.

Para Tranquada, (2013), uma das principais características do processo de comunicação passa pela sua eficiência, permitindo uma transmissão fiel e ininterrupta de informação, cujo resultado final é a compreensão da mesma, características estas essenciais em todos os momentos, mas principalmente quando uma tarefa e respetivas responsabilidades são entregues a outra pessoa ou a outra equipa, na PT.

Conforme Gonçalves (2018), menciona Brás e Ferreira, (2016), a comunicação associada à própria prestação de cuidados, revela que é uma importante ferramenta de atuação. É através deste meio que os indivíduos e organizações interagem entre si, com o meio-ambiente e com o qual as pessoas também influenciam o comportamento das outras, sendo crítica para o sucesso das intervenções de enfermagem e fundamental na materialização de determinadas metas, proporcionando uma prestação de cuidados efetiva e promovendo a saúde.

A eficácia da comunicação é a característica mais importante no processo dinâmico que é a troca de informação. No entanto, reconhecemos que surge diversas vezes de maneira informal, desorganizada e variável, com uma série de barreiras não promovendo assim uma comunicação eficaz.

De acordo DGS (2017) na Norma 001/2017, podemos mencionar que atualmente as falhas na comunicação constituem uma das principais causas de eventos adversos na área da saúde, a nível internacional. E a evidência indica que até 70% destes eventos, ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados do doente.

A literatura demonstra tal como na norma anterior mencionada, em Portugal, num estudo de 2012 verificou-se que 50% dos casos de transição se cuidados tinham inexistência de comunicação eficaz entre os profissionais de saúde, o que em parte não garante a continuidade informacional nos cuidados de saúde.

De uma maneira geral, podemos afirmar que a comunicação entre os vários membros da equipa multidisciplinar é muito importante, concordando com o que Tranquada (2013) refere, a continuidade da prestação de cuidados de saúde ao doente, de forma eficiente e segura, está totalmente dependente da existência de mecanismos de comunicação eficientes, entre os elementos da equipa de saúde.

A transferência de informação entre profissionais de saúde deve ser prioritária em todos os momentos vulneráveis e/ou críticos de transição de cuidados.

Segundo Pedro, D., Nicola, A., Oliveira, J., (2016), a disciplina de Enfermagem, utiliza um mecanismo essencial, na comunicação, a comunicação verbal, no entanto isolada não é o suficiente sendo necessário sistematizar informações por escrito, com a atualização de turnos. Perante Rodrigues, A., Azevedo, C., Calvo. V. (2016), nas organizações o processo de comunicação envolve alguma complexidade, visto que é impossível não comunicar, pois qualquer comportamento é comunicação, e não existindo o “não comportamento” a comunicação interna assume uma função preponderante no desenvolvimento organizacional.

A comunicação a nível organizacional, assume perante todos, função informativa, de persuasão, educação, socialização e distração, permitindo às organizações mecanismos de envolvimento, possibilitando o processo de interpretação. Neste sentido, o autor referido, sublinha que a PT, como resultado da aplicação de uma metodologia científica e estratégias de reflexão, torna-se fundamental pelos momentos de transmissão de informação que respeitam os princípios ético e deontológicos, utilizando uma linguagem técnica sobre os cuidados prestados a cada doente.

### **5.1. A Comunicação nas Equipas de Saúde**

Conforme Rodrigues, A., Azevedo, C., Calvo. V. (2016) definem, a comunicação é um imperativo do inter-relacionamento pessoal dentro das organizações, e a comunicação interna deve ser bem desenvolvida, aberta e transparente, resultando no sucesso do desempenho dos objetivos organizacionais, no desenvolvimento organizacional e na satisfação das necessidades humanas de se comunicar.

Os autores Pedro, D., Nicola, A., Oliveira, J., (2016), reconhecem que a comunicação é uma ferramenta útil indispensável ao gerenciamento de qualquer organização, por isso, o processo comunicativo é um fator essencial para garantir que as atividades ocorram de

maneira eficiente e eficaz a fim de proporcionar informação e compreensão necessária à condução das tarefas, mas acima de tudo, motivação, cooperação e satisfação nos cargos. Nos serviços de Saúde e na Enfermagem, a PT é um momento evidente de comunicação e assim sendo é um ato que merece atenção por parte da gestão dos serviços e envolventes.

Os autores anteriormente mencionados, defendem que a comunicação perfaz uma competência a ser desenvolvida continuamente pelos enfermeiros ao longo do seu desempenho e desenvolvimento. Portanto, quando exercido o papel de liderança, o profissional deve primar pelo planeamento e coordenação do processo de comunicação, tratando-se de uma forma rápida de transmissão e delegação dos cuidados perante os membros da equipa, de forma coerente, proporcionando maior cooperação aos funcionários e contribuindo para o melhor cuidado e assistência de enfermagem.

Na organização dos cuidados de Enfermagem, a PT, é o momento que permite ao profissional enfermeiro ter uma visão geral da unidade na qual assumirá a responsabilidade. Em virtude desta característica, os autores Pedro, D., Nicola, A., Oliveira, J., (2016), recomendam que deve ocorrer revisão periódica das estratégias no momento da transmissão de informação entre as equipas, de forma a evitar a banalização da PT, e consequentemente proporcionar uma melhoria contínua das capacidades e competências comunicacionais da equipa mantendo um processo comunicativo dinâmico e em constante atualização.

E segundo o exemplo dos autores Santos. G., Campo. J., Silva, R., (2018), nas UCI, existem vários fatores que podem influenciar a segurança do cuidado ao doente, ressaltando o risco de originar danos: fatores individuais, da equipa, do ambiente de trabalho, organizacionais e administrativos, e do contexto institucional. Destacam os autores que a influência da comunicação entre os profissionais é deveras significativa, pois é considerada como um elemento que contribui para a promoção da cultura de segurança, e para a garantia da continuidade dos cuidados de saúde.

No entanto, por outro lado, a presença falhas na comunicação podem comprometer a continuidade desses cuidados especializados e colocar em risco a segurança do doente. Verifica-se assim que, cada vez mais, as falhas na comunicação são contribuintes para a ocorrência dos eventos adversos.

De acordo com Pereira, B., Brito, C., Pontes, G., Guimarães, E. (2011), a complexidade dos doentes, a organização do serviço hospitalar e a taxa de ocupação cumprida à realidade, são três pontos que se relacionam e indicam como devem ser transmitidas as informação durante a PT. A transmissão de informação deve surgir de forma clara, precisa, objetiva e atualizada em relação à evolução do estado de saúde do doente. Considerando a transmissão de informação, e a comunicação ao momento da PT, como um instrumento e rotina de trabalho na Enfermagem, deve ser uma das primeiras atividades diárias, pois é um momento que permite avaliar a assistência prestada e promove conhecimento e adequação das futuras intervenções de Enfermagem. Contudo é um momento arriscado, influenciado por vários fatores: tempo; infraestruturas; organização do trabalho; ausências; assiduidade e pontualidade, interesse e comportamento da equipa de trabalho envolvente; circulação e interrupções de elementos profissionais no área, colocando em risco o êxito da comunicação. Como tal, sendo o enfermeiro, o profissional mais responsável pelo sucesso desta comunicação, e como elo de ligação entre as equipas que, é fundamental a sua participação considerando o relacionamento interpessoal, a minimização dos fatores comportamentais, da infraestrutura e dos ruídos que possam interferir na comunicação, com a finalidade de garantir a continuidade da assistência e o planeamento do trabalho.

A preocupação com a existência de falhas de comunicação nas organizações de saúde, teve início com a publicação do relatório do Institute of Medicine – To Err is Human (2000). Neste relatório foi descrito que a maioria dos erros se deve a causas organizacionais e não individuais, com se pensava até aquele momento. Neste relatório é também salientada a importância dos fatores humanos na construção de um sistema de segurança para o doente.

Um dos aspetos salientados é a necessidade de melhorar a comunicação e coordenação das equipas de saúde.

No entanto, segundo Hughes (2008) as organizações têm gasto grande parte do seu tempo e esforço no aperfeiçoamento dos sistemas dos utentes, em vez de se focarem nos fatores humanos realçados no relatório.

Quando analisados os eventos adversos, tem-se constatado que as falhas de comunicação são identificadas como a principal fonte destes, mais especificamente nos erros de medicação, nos atrasos de tratamentos, erros perioperatórios e quedas fatais.

Segundo a organização americana Joint Commission, entre 1995 e 2004, nos Estados Unidos da América, após a realização de análises de causa-raiz, concluiu-se que setenta por cento dos eventos sentinela são originados em falhas na comunicação (VQC, 2010; Hughes, 2008). Leonard, Graham e Bonacum (2004) chegam mesmo a afirmar que as falhas de comunicação são as principais causas de dano inadvertido ao doente.

De acordo com a literatura consultada por Tranquada (2013), a autora sublinha que as dificuldades de comunicação têm sido identificadas como um fator de contribuição major para as consequências dos eventos adversos em ambientes médicos, e os erros de comunicação são a principal causa de eventos adversos e estão associados ao dobro das mortes que a inadequação clínica. Com tal, a existência de ferramentas de comunicação padronizadas e a criação de um ambiente onde os envolventes da comunicação possam falar e expressar as suas preocupações, é realmente importante.

E segundo as autoras Pena, M. e Melleiro, M., (2018), para garantir a efetividade dos cuidados a prestar, é necessário que os profissionais estejam preparados e capacitados para construir uma relação estruturada, na qual um conjunto adequado de informações propicie a diminuição dos riscos e favoreça maior segurança e qualidade na saúde, sem gerar danos ao doente. E nesta direção, a comunicação é instrumento determinante da qualidade e segurança.

A comunicação é dependente da situação ou da personalidade. Ao ser referida a existência de uma comunicação eficiente em saúde, considera-se que esta é atempada, precisa, completa, não ambígua e compreendida pelo recetor, reduzindo os erros e promovendo a segurança do doente. Para que a comunicação eficiente seja uma realidade, é essencial que os envolventes do processo e equipas tenham acesso atempado a informação adequada e necessária ao desempenho dos seus papéis, de forma eficiente e apropriada. A autora destaca assim, que a utilização de termos técnicos e de calão, acrónimos, abreviaturas e diagramas na comunicação, pode influenciar a qualidade da partilha de informação e conseqüentemente a eficiência da comunicação.

Quanto às diferenças sociais e culturais, Tranquada (2013) refere que os enfermeiros são formados e ensinados a ser muito vastos e narrativos nas descrições das situações clínicas, tal facto conduz a que estes profissionais partilhem as informações e situações de forma lata e narrativa. SBAR (Situation, Background, Assessment and Recommendation) é uma ferramenta eficiente para colmatar os diferentes estilos de

comunicação e ajudar a uniformizar este processo de comunicação, e foi desenvolvida com o objetivo de estabelecer uma conversação sistematizada entre enfermeiros e médicos, na situação específica decorrente de um contacto telefónico e posteriormente na comunicação presencial entre diferentes profissionais de saúde. A sua fácil memorização pelos profissionais e pela possibilidade de ser adaptado a diferentes realidades é uma das grandes vantagens deste método. Refere a autora que SBAR, teve origem na U.S. Navy, onde foi desenvolvido para ser utilizado na comunicação dos submarinos nucleares. Posteriormente em 2002, uma equipa do Hospital Kaiser Permanente adaptou a utilização do SBAR à área clínica, como forma de sistematizar a comunicação entre clínicos.

Os fatores que originam as quebras de comunicação nas equipas de saúde, ganham ainda mais relevância se se pensar que o processo de prestação de cuidados de saúde implica a transmissão de informação do doente entre vários profissionais de saúde, com diferentes categorias sociais e culturais, níveis educacionais e especialidade. Desta forma a prática clínica implica que ocorra a transmissão de informação crítica, de forma precisa e com a colaboração de toda a equipa.

Quando a comunicação eficiente é praticada pela equipa de saúde, ocorre a compreensão partilhada de uma situação e em alguns momentos um percurso de Ação partilhado. Já a comunicação não eficiente entre profissionais de saúde pode resultar em perigo para a segurança do doente devido a falta de informação crítica, má interpretação de informação, indicações pouco claras, o que negligencia o estado de saúde do doente e respetivas alterações.

Para tal é essencial que os elementos da equipa sejam treinados em técnicas de comunicação, desde a negociação à escuta, de forma a definir objetivos de modo assertivo e a ser possível aplicar essas capacidades numa ampla variedade de contextos e situações.

A ser possível de atingir os objetivos mencionados acima, a autora decalca Victorian Quality Council (2010), descrevendo cinco critérios fundamentais na partilha de informação entre profissionais de saúde:

- Completa: responde a todas as questões colocadas até um nível de satisfação dos elementos que estão envolvidos na troca de informação;

- Concisa: as expressões extensas são reduzidas ou omitidas. Apenas se incluem declarações relevantes e devem-se evitar repetições desnecessárias;
- Concreta: as palavras utilizadas não devem ter duplo significado, sendo específicas e ponderadas. São dados factos e figuras precisos;
- Clara: devem ser empregues palavras curtas e familiares para se construírem mensagens compreensíveis e eficazes;
- Precisa: o nível de linguagem deve ser adequado à ocasião. É evitada a utilização de calão ambíguo, assim como discriminação e expressões paternalistas.

Segundo Tranquada (2013), as organizações de saúde desempenham atividades de elevado risco, consideradas de alta fiabilidade, sendo sugerida por diversos autores a implementação de técnicas de comunicação. pretendendo com estas, construir na equipa um conhecimento comum do contexto através do diálogo e da partilha de diversos pontos de vista. Quando os elementos de uma equipa dialogam, a qualidade das suas conversas determina o desenvolvimento do grau de conhecimento comum do contexto. Este conhecimento comum é uma competência vital para as equipas de saúde, pois é a única forma de difundir, de modo consistente, as decisões tomadas por elementos da equipa.

Já existem diversas técnicas, cujo principal objetivo é criar uma espécie de conhecimento comum/partilhado. A complexidade do ambiente das organizações de saúde requer que os indivíduos e equipas desenvolvam atalhos cognitivos para o senso-comum.

Um dos momentos mais propícios para a criação de um sentido comum é no decorrer da ação. As equipas têm a necessidade distinta de atualizar as suas linhas orientadoras à medida que o tempo passa. No entanto na prestação de cuidados de saúde, a atualização do contexto é realizada de forma rápida e inconsistente.

A comunicação eficiente na equipa de saúde é mais que somente a transmissão precisa de informação. As equipas de cuidados de saúde são grupos socialmente construídos no cruzamento de múltiplas instituições e culturas profissionais, consequentemente existem forças sociais muito poderosas que coagem a forma como estas equipas trabalham em

conjunto. Desta forma, ao estudar-se a comunicação nas equipas de saúde, deve olhar-se tanto para a comunicação como para o contexto envolvente.

Para que as medidas a implementar nas organizações de saúde, com vista à melhoria da comunicação, sejam sustentáveis, Tranquada (2013), destaca segundo Victorian Quality Council (2010) a sincronização de esforços a três níveis:

- **Nível individual:** Realce dos fatores humanos. A eficiência da comunicação na saúde a este nível é influenciada pela fadiga e stress dos elementos da equipa, pela personalidade e atitudes, pelos lapsos de memória e pelas distrações e interrupções, contrariando estes aspetos são desenvolvidas várias capacidades:
  1. **Assertividade** - um conjunto de comportamentos e atitudes que permitem ao profissional afirmar-se positivamente, não sendo negligente ou agressivo
  2. **Escuta** - desenvolvimento da capacidade de ouvir e manter a concentração na mensagem que está a receber, evitando distrações. A escuta ativa implica também a manutenção de uma mente aberta às ideias de outros elementos, mesmo que não concorde com estas.
  3. **Negociação** - o desenvolvimento da autoconsciência, acerca dos vários estilos de comunicação, e da capacidade para dialogar com profissionais de saúde de outras disciplinas, dando valor às diversas perspetivas e gerindo situações em que ocorra conflito.
- **Nível da equipa:** essencial pela grande diversidade de profissionais que compõem as equipas de saúde. Numa equipa de saúde, tal como já foi referido anteriormente, encontram-se elementos com diferentes técnicas, experiências e estilos de comunicação, o que pode dificultar a realização de uma comunicação eficiente e conseqüentemente afetar o seu funcionamento ótimo e a segurança do doente. É por isso útil que os elementos das equipa de saúde sejam confrontados com o desenvolvimento de competências de comunicação, o que promove a melhoria do trabalho em equipa e seu desempenho, a segurança do doente e conseqüentemente a melhoria contínua dos cuidados de saúde segundo os feedbacks construtivos resultantes das realidades existentes.
- **Nível organizacional:** O compromisso bidirecional em equipa é primordial. A cultura organizacional desempenha um importante papel na facilitação e apoio

da comunicação por toda a organização. Os canais de comunicação abertos, da transparência, confiança, assertividade e forte liderança, são fatores importantes na facilitação do fluxo eficiente de informação de qualidade e da partilha de conhecimento. A componente da liderança organizacional e respetiva identificação deste sujeito, conduz para melhoria contínua da comunicação e da segurança do doente, através da implementação de políticas e procedimentos. De uma forma geral, verifica-se uma comunicação eficiente quando a organização:

- Relaciona de forma clara, comunica de forma eficiente e trabalha em equipa para a segurança do doente;
- Articula de forma clara as expectativas da organização na condução da comunicação;
- Promove um processo de comunicação que facilita a melhoria contínua da segurança do doente e respetiva qualidade dos cuidados;
- Avalia a atual cultura organizacional de segurança do doente e identifica áreas e oportunidades de melhoria;
- Promove uma cultura de trabalho que valoriza a cooperação, trabalho em equipa, abertura, colaboração, honestidade e respeito por cada envolvente e promove uma comunicação aberta e eficiente;
- Cria um ambiente onde os elementos das equipas se sentem seguros em falar sobre assuntos relacionados com os cuidados do doente, independente da sua posição;
- Providencia recursos e identifica estratégias de comunicação apropriadas, que garantam que a informação é efetivamente enviada e recebida.

Perante a Tranquada (2013), a avaliação interna nas organizações da prevalência, contexto e impacto dos comportamentos, permite identificar oportunidades para o aperfeiçoamento das nossas atitudes. O reconhecimento das imperfeições na comunicação que afetam a colaboração, a troca de informação, o reconhecimento e responsabilidade dos papéis profissionais ao cuidado do doente, são componentes-chave de qualquer programa de segurança do doente. A autora ao mencionar Hughes, (2008), salienta que os líderes clínicos e administrativos devem estabelecer, padronizar, aderir e apoiar as normas de comportamento e conduta, encorajar a comportamentos como o diálogo aberto, as reuniões de equipa pré e pós-operatórias e a criação de comissões

interdisciplinares que discutem áreas problemáticas Ressalva também que é essencial no líder um papel na nivelção da hierarquia, criando familiaridade entre os elementos da equipa, o que por sua vez promove o sentimento de segurança destes, na participação e manifestação das suas preocupações, caso contrário, agindo autoritariamente, vão reforçar os gradientes da hierarquia e criar um risco desnecessário.

A falta de comunicação padronizada e procedimentos em medicina, aumentam a importância das organizações investirem na criação de um modelo mental comum, caso contrário há uma capacidade limitada de prever e monitorizar o que é suposto ocorrer (Leonard, Graham e Bonacum, 2004).

## 6. Segurança em Saúde

Conforme sublinha o autor, Leite (2018) ao citar Fragata, a segurança do doente e a qualidade na prestação de cuidados de saúde são indissociáveis, quer pelo impacto nos resultados clínicos, financeiros e administrativos, quer pela dimensão da satisfação dos alvos da prestação de cuidados, o que implica uma abordagem conjunta dos mesmos. E perante a autora citada, atualmente assiste-se à concetualização da qualidade como a triangulação da efetividade (eficácia e eficiência), a experiência e satisfação dos doentes e a segurança dos mesmos. Desta forma considera-se que a qualidade e a segurança são dois conceitos que se completam, enaltecendo-se a interdependência e a sua complementaridade.

Segundo a Norma 001/2017 - Comunicação eficaz na transição de Cuidados de Saúde (2017) da DGS, a segurança do doente passa pela redução de risco de dano desnecessário à pessoa que recebe os cuidados de saúde para um mínimo aceitável. O mínimo aceitável é de uma forma geral direcionado para o conhecimento atual, recursos disponíveis, contexto da prestação de cuidados em oposição ao risco de não tratamento ou de outro.

Para os autores Sousa, J., *et al* (2019), a segurança do doente é um dos grandes pilares da qualidade dos cuidados em saúde, pelo que as falhas na comunicação aquando as passagens de turno podem ter consequências nefastas para o doente, tanto por omissão de dados como por incongruência dos mesmos.

Considerando a segurança do doente como base e um dos indicadores da qualidade dos cuidados de saúde, e da responsabilidade de vários intervenientes; devem estes

assegurar os melhores e mais seguros cuidados de saúde e a ausência de riscos ao doente. Desta forma é importante e necessário que as organizações de saúde programem na construção de intervenções que se baseiem na promoção da segurança do utente e que desenvolvam atitudes que permitam o estudo e prevenção da ocorrência dos eventos adversos.

Segundo as autoras Oliveira, J., Almeida, L., ; HirabaeI, L., et al (2018), a segurança do doente pode ser definida como o estabelecimento de medidas que visam à minimização dos riscos associados aos cuidados prestados. Nessa linha, a cultura de segurança favorece o aprimoramento de práticas seguras, através de melhorias na comunicação, no trabalho em equipa e na partilha de conhecimentos.

Na existência do evento adverso, Costa, D., Ramos, D., Gabriel, C., Bernandes, A. (2018) destacam que é aconselhável a sua notificação, como ferramenta fundamental da promoção da segurança do doente, o que fornece os dados essenciais para o processo de melhoria da qualidade: análise e avaliação das situações, implementação de barreiras, e revisão dos processos assistenciais e gerenciais que previnam o evento adverso e consequentemente o dano.

Em suma, conforme realçam as autoras Pena, M. e Melleiro, M. (2018), a cultura de segurança é o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e do grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da administração de uma organização saudável e segura.

## 7. Transição dos Cuidados de Saúde

De acordo com os autores Sousa, J., et al (2019), a Enfermagem é uma ciência em constante evolução, onde as necessidades de cuidados e a prestação dos mesmos são cada vez mais complexos, sendo-lhes exigida a excelência baseada na evidência, o que se traduz numa tomada de decisão fundamentada.

Segundo a DGS (2017) na Norma 001/2017, 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 esta ser uniformizada.

Uma transição de cuidados segura é um elemento basilar na segurança do doente, o que pressupõe uma comunicação eficaz, clara, “(...) oportuna, precisa, completa, sem

ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor” (DGS, 2017, pp.4). Todas estas características traduzem-se numa conseqüente diminuição de eventos adversos. Esta permite que o profissional de saúde seguinte possa ter uma perceção global e específica do estado clínico do doente, assim como de todo o plano de cuidados previamente estabelecido, facilitando a realização e organização das intervenções de enfermagem presentes e futuras.

A compreensão e a presença de uma eficaz transição de cuidados segundo Tranquada (2013), exige compreensão do seu objetivo, liderança, tempo necessário, uma abordagem sistematizada e um ambiente clínico de apoio, , particularidades que permitem redução de erros, danos e lapsos na continuidade dos cuidados.

Segundo a evolução histórica que os autores Rodrigues, A., Azevedo, C., Calvo. V. (2016), descrevem, a evolução histórica que descreve, com a Segunda Guerra Mundial, as mudanças de turno nas empresas foram operacionalizadas, principalmente na Alemanha, como forma de cumprir o Plano Marshall, visando a produção de bens necessários à Alemanha Federal. Observava-se na altura que os trabalhadores por turnos sentiam necessidade de informar os colegas sobre o que foi feito durante o seu turno, mas por outro lado, aqueles que iniciavam o seu trabalho precisavam de informações para melhorar o seu desempenho.

Na disciplina de Enfermagem, ressaltam as autoras Pena, M., e Melleiro, M. (2018), dois termos que são utilizados para descrever os processos de transição do cuidado: “*handoff*” e “*handover*”. O “*handoff*” é entendido como a transferência de autoridade e responsabilidade, que ocorre entre profissionais, para prestação de cuidados clínicos ao doente. Supõe-se que a condução pode ser feita entre profissionais em níveis comparáveis de experiência, conhecimento e equivalentes em hierarquia, excluindo as passagens de turno. Já o termo “*handover*” refere-se à transferência de informações propriamente dita, entre um profissional e outro, equipas, doente e/ou família, para garantir a continuidade dos cuidados e a segurança, destacando-se a passagem de turno. Concordantemente Antunes, M. (2019) salienta que trata-se de um momento para além da transição na prestação de cuidados ao doente, ou seja, cumulativamente verifica-se a também a transmissão de informação e a transferência de responsabilidades relativas ao doente, de um profissional ou equipa de saúde para outros com vista a assegurar a continuidade de cuidados. Tal como o próprio significado assim dita: “*Handover*” -

“transferência”.

Ao longo dos anos, os dois termos tornaram-se sinônimos e têm sido utilizados para descrever os processos relacionados à transferência de informações sobre o doente, seja para as passagens de turno, ou na transição dos cuidados entre profissionais.

Portanto, segundo Rodrigues, A., Azevedo, C., Calvo, V. (2016), a PT é qualquer momento em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre profissionais de saúde e/ou instituições prestadoras de cuidados, acerca da identificação e informações do estado de saúde do doente, desde que exista transferência, temporária ou permanente, da responsabilidade da prestação de cuidados.

São também considerados momentos vulneráveis e/ou críticos da transição de cuidados para a segurança do doente, cuja complexidade envolvem um maior risco de erro na transferência de informação, mas que tem como missão a continuidade e segurança dos mesmo, como por exemplo: a transição de cuidados entre os cuidados de saúde primários, os cuidados hospitalares e os cuidados continuados integrados, bem como a transição intra/inter- instituições.

Segundo a DGS (2017), um dos principais fatores que podem colocar em causa a segurança dos doentes são os erros/falhas de comunicação que podem ocorrer durante a transição de cuidados, uma vez que estes são momentos vulneráveis/críticos cuja complexidade envolvem um maior risco de erro na transferência de informação, como é o caso das admissões e altas hospitalares para o domicílio ou para outro nível de cuidados, e das mudanças de turno na mesma instituição.

Como processo fundamental, refere Tranquada (2013), que os momentos de transição de cuidados carecem muitas vezes de objetividade e efetividade. A informação transmitida nestes momentos pode ser colocada em causa, dado que a inexistência de uma estrutura formal para sua a transferência, nomeadamente de linhas orientadoras pode levar a que a mesma seja irrelevante, repetitiva, especulativa ou contida noutras fontes de informação.

Como tal, a autora salienta citando Eaton que problemática da não efetividade da comunicação nos momentos de transição de cuidados está presente visto que a maioria dos profissionais aprende segundo a observação de não especializados, não existindo

treino na transmissão de informação. Estes fatores podem tornar a transmissão de informação num procedimento pouco objetivo, e a carecer de validade científica.

### **7.1. Passagem de Turno**

Conforme os autores Rodrigues, A., Azevedo, C., Calvo. V. (2016) citam a Ordem dos Enfermeiros (2001), a mudança de turno ou PT, é apresentada como um momento de reunião da equipa de Enfermagem, com o objetivo de garantir a continuidade do cuidados, por meio da transmissão verbal de informações, com o objetivo de promover a melhoria contínua da qualidade do cuidado, enquanto momento de análise das práticas em serviço e referentes a determinada situação. E no âmbito hospitalar, segundo as autoras Oliveira, J., Almeida, L., ; HirabaeI, L., et al (2018), a PT é considerada uma ferramenta de comunicação e organização do trabalho da enfermagem, um procedimento que promove a identificação de problemas e necessidades para posterior análise situacional que permitirá uma reorientação dos cuidados aos doentes.

Os responsáveis pelo processo de transmissão de informação, na transição de cuidados devem estar identificados de forma inequívoca.

Rodrigues, A., Azevedo, C., Calvo. V. (2016), realçam que a PT na disciplina de Enfermagem e em contexto hospitalar é um momento fundamental, de grande cumplicidade na Equipa de Enfermagem, potencialmente gerador da aprendizagem. É um momento de transmissão de informações sobre o doente respeitando os princípios éticos e deontológicos, no qual os enfermeiros podem refletir sobre as práticas originando comportamentos e mudanças de atitudes, por vezes inconscientes que promovem o desenvolvimento pessoal e profissional, fundamentando a melhoria constante dos cuidados de enfermagem prestados ao doente.

De acordo com Mota, citado por Sousa, J., et al (2019), no exercício da prática diária, os enfermeiros transmitem informação permanentemente entre si, transferindo a responsabilidade pelos cuidados dos doentes de um enfermeiro para outro. Toda a informação que é transmitida é vista como uma componente propulsora da continuidade dos cuidados, o que reforça a importância de conhecermos o teor da informação produzida pelos enfermeiros e reconhecermos este momento como chave na prestação de cuidados seguros e de qualidade, de modo a aperfeiçoá-la contribuindo consequentemente para a melhoria da qualidade dos cuidados. Como tal, a transmissão e o teor de informação deve seguir alguns requisitos:

- Completa, respondendo a todas as questões colocadas até um nível de satisfação de todos os elementos envolventes do momento;
- Concisa, incluindo apenas as informações e declarações relevantes, evitando repetições desnecessárias;
- Concreta, tendo em conta que as palavras utilizadas não devem ter duplo significado, sendo específicas e ponderadas;
- Clara, devendo apenas ser usadas palavras curtas e familiares para se construírem mensagens compreensíveis e eficazes e precisas, com nível de linguagem adequado à ocasião e aos envolvidos.

Salientam em tom de conclusão Sousa, J., et al (2019), citando Pereira, que sendo uma ciência assente na interação humana, a enfermagem comporta uma riqueza informativa notável, pelo que a reflexão sobre o teor desta informação é crucial.

Segundo a autora Tranquada (2013), o momento da PT consiste ainda na transmissão ao elemento recetor, do conhecimento que o irá apoiar na prestação de cuidados de saúde eficientes e seguros, constituindo uma prática fundamental do processo de enfermagem. Ressalta também que é considerado como um dos momentos de transição dos cuidados de saúde que pressupõe a transferência de responsabilidade profissional da prestação de cuidados de saúde de um doente, para outra pessoa ou grupo profissional de forma temporária ou permanente, assumindo o elemento recetor a responsabilidade da prestação de cuidados ao utente ou grupo de utentes após esse momento.

Perante os autores Sousa, J., et al (2019), um dos principais objetivos da PT é a promoção da qualidade e continuidade dos cuidados de forma segura.

Como um momento importante nas atividades profissionais da enfermagem, é frequentemente realizada numa sala de trabalho, no entanto os locais da PT, podem diferir de serviço para serviço, e também de acordo com os diversos contextos. Conforme explicado no Parecer CJ-20/2001 do Conselho Jurisdicional da OE os locais de PT são geridos, em cada contexto de trabalho e atendendo às suas características, considerando a mais adequada para responder às finalidades, e tanto podem ser utilizados espaços de trabalho específicos ou exclusivos dos Enfermeiros como espaço da unidade de cada utente, ou outros, não sendo estas opções mutuamente exclusivas.” (OE, 2001b, pp.1).

No entanto, de acordo com os autores Ferreira, R., Luzio, F., Santos, M., (2010) em relação a este Parecer da OE (2001), o que realmente importa são as informações transmitidas próximo de terceiros, sendo que se deve sempre salvaguardar o direito à privacidade e confidencialidade, o que significa que está no papel e nas mãos dos enfermeiros a responsabilidade individual e coletiva, a não colocação em causa dos direitos dos doente.

Segundo o que os autores Morgado, T., Nunes, L., (2016) sublinham, os profissionais de saúde aperceberam-se da necessidade da aproximação ao doente, considerando-o como um elemento da equipa multidisciplinar, promovendo a sua participação no momento de comunicação do dia-a-dia da Enfermagem. Concordam Ferreira, R., Luzio, F., Santos, M., (2010) ao destacar que o principal intuito da parceria e partilha de informação junto do doente é o seu envolvimento no processo de cuidados. Mas, devido ao caráter delicado e pessoal das informações transmitidas, são questionadas as vantagens e desvantagens de tal proximidade. No que concerne a esta questão, Morgado, T., Nunes, L., (2016) referem que a PT junto do doente, por um lado garante a continuidade dos cuidados de enfermagem, mas por outro poderá originar questões éticas relacionadas com o princípio do respeito pela autonomia e autodeterminação, ou pela confidencialidade da informação inerente ao doente.

Para os autores Sousa, J., et al (2019), o SU, é a porta de entrada do doente, em meio hospitalar, tendo um impacto crucial na satisfação do mesmo face à sua situação saúde – doença, e tem como objetivo a receção, diagnóstico e tratamento de doentes sinistrados ou em situação aguda de doença ou em agudização de doenças crónica, que carecem de assistência imediata em meio hospitalar. A disciplina da Enfermagem no SU, caracteriza-se pela diversidade de conhecimentos, doentes e de situações de saúde-doença, sendo a sua prática sistemática, incluindo o processo e diagnóstico de enfermagem, tomada de decisões, pensamento científico, analítico e de investigação.

Tal como o que é observado ao longo deste contexto de estágio, o SU é um serviço peculiar onde é notória uma constante atividade da disciplina, sendo propício à ocorrência de interrupções ao momento da PT, repercutindo-se em falhas de comunicação.

Ressalvam Sousa, J., et al (2019) que a continuidade dos cuidados eficaz e segura, segundo a World Health Organization (2007), considerando a PT um momento

essencial através da disponibilidade de informação precisa sobre o doente relativamente aos cuidados de saúde, tratamentos e serviços, condição atual e todas as alterações recentes ou previstas, estão totalmente dependentes da existência de mecanismos de comunicação eficientes entre os elementos da equipa. Assim, de acordo com o Código Deontológico dos Enfermeiros da Ordem dos Enfermeiros (2015), descreve: o enfermeiro tem o dever de assegurar a continuidade dos cuidados, através de um registo fiel às observações e intervenções realizadas.

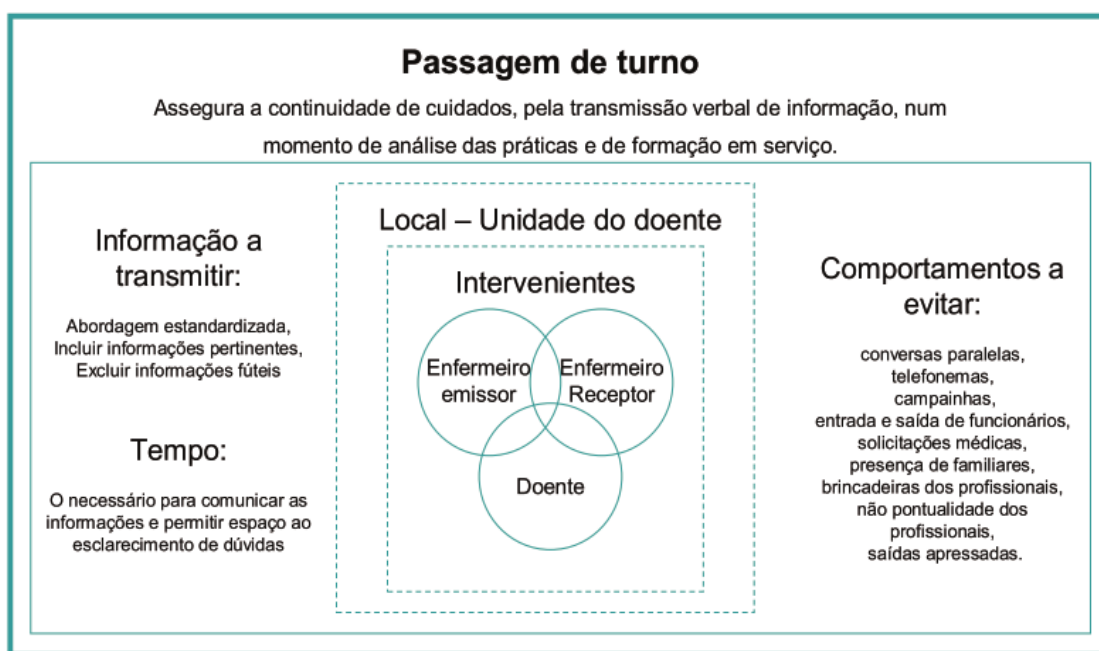
A eficácia da qualidade da PT, para os autores referidos anteriormente está associada à melhoria da qualidade dos cuidados, pelo que se torna imprescindível encontrar o que constitui um estilo de PT efetivo para reduzir o número de eventos adversos, resultantes de uma PT incompleta. E conforme Sousa, J., et al (2019), cita The Joint Commission International (World Health Organization, alertam que para a principal causa de incidentes em Enfermagem, as falhas na comunicação, podem resultar em lacunas na prestação de cuidados, arriscando a segurança dos doentes.

No entanto, Gonçalves (2018), refere que nos últimos anos a prática da PT junto ao doente é cada vez mais frequente, visto que permite uma aproximação com o doente considerando-o um elemento da equipa multidisciplinar e promovendo a sua participação em todos os momentos de comunicação, na PT. Considera a PT, um tempo de simbolismo significativo, através da avaliação do trabalho realizado num turno, organização do turno seguinte e discussão de problemáticas decorrentes no quotidiano dos cuidados prestados, podendo ser realizada oralmente e completada de forma escrita, em que a informação transmitida deve ser objetiva, clara e concisa e deve ser relativa à prestação de cuidados diretos ou indiretos à pessoa, podendo-se também transmitir outros assuntos institucionais de interesse.

De acordo com os fatores já anteriormente mencionados e que colocam em causa a confidencialidade, privacidade do doente e efetividade da troca de informação e por sua vez da comunicação, Gonçalves (2018), salienta que os enfermeiros devem promover comportamentos que não interfiram no sucesso da transmissão da informação, através do controlo do ambiente circundante ao local da PT, e de forma a manter a sua eficiência, deve ter em conta o local onde se realiza, informação a transmitir, comportamentos a evitar/adotar e o tempo disponível para o objetivo.

Gonçalves (2018) ao mencionar Cavaco & Pontífice-Sousa (2014), partilha o processo de PT elaborado pelos autores, onde facilmente explicita quais os pressupostos importantes para este momento de transição de cuidados.

Figura 1 - Processo de Passagem de Turno



Fonte: Cavaco & Pontífice-Sousa (2014)

A decisão da informação a transmitir e a ser utilizada para constituir o discurso da PT, é segundo Sousa, J., et al (2019) o grande desafio da questão. Evidenciam os autores Rodrigues, A., Azevedo, C., Calvo. V. (2016), que atualmente a informação é diversificada, obrigando a alguns cuidados para selecionar a que é realmente pertinente. O facto de a nossa prática diária ser baseada na interação humana, caracteriza-se pela presença de uma componente informativa considerável. Qualquer um dos nossos cuidados na nossa assistência surge através da comunicação com o doente, familiares e restante equipa de profissionais de saúde, o valor e relevância da informação transmitida tem um significado particular, baseado numa perspetiva cultural, social e formativa de cada um.

Destaca o autor, que o conceito de relevância, pressupõem que nem todas as informações produzidas, processadas e gerenciadas ao longo dos cuidados, apresentam a mesma importância na perspectiva do enfermeiro, que justifiquem a sua transmissão, e sejam pertinentes para a continuidade de cuidados, continuidade esta que se verifica com a existência, disponibilidade e troca de informações relevantes e imprescindíveis à situação concreta e evolução do doente ao longo dos turnos de trabalho. Como tal, o autor considera a deficiência na qualidade da informação transmitida a causa que mais afeta a continuidade de cuidados, e salienta a importância da aposta numa metodologia para a transmissão de informação, de maneira que promova uma transição de cuidados com uma comunicação eficaz, atualizada, objetiva, rápida e concisa, e permita ao enfermeiro recetor dessa mesma informação, saber os cuidados indicados a cada doente e ter a clara noção da evolução do estado do doente.

Na realidade de uma Unidade de Cuidados Intensivos, Oliveira, J., Almeida, L., ; HirabaeI, L., et al (2018) realçam que o fato de apresentar um ambiente complexo e com grande fluxo de profissionais da saúde e de informações, é imprescindível que a comunicação seja efetiva e não deixe lacunas. Considerando que a passagem de turno é uma das principais ferramentas para a comunicação na equipa de trabalho, esta favorece a organização das informações sobre os doentes e a gestão dos cuidados para quem recebe as informações. Como tal os profissionais envolvidos devem ser relevantes no planeamento das ações e na prevenção dos eventos adversos.

Há sempre tendência para transmitir informação em excesso, insuficiente, irrelevante ou até mesmo desnecessária para o caso em discussão. Desta forma, deparamo-nos com a não existência de uma estrutura formal e linha orientadora que ajudem o Enfermeiro ou profissional de saúde a organizar e transmitir a informação devidamente. Perante tal problemática, a DGS (2017) com a Norma 001/2017, defende a utilização da técnica ISBAR, uma mnemónica simples, clara e concisa, estratégia esta que promove uma PT mais segura, cumprindo todos os objetivos e finalidades da mesma.

Aproximando-nos da realidade do SU, e de acordo com o estudo e respetiva análise realizado pelos autores Sousa, J., et al (2019), foram salientados quatro pontos que destacam algumas conclusões importantes quanto à PT: a informação relativa ao doente; a evolução do estado do doente, o tipo de comunicação e por fim os fatores que condicionam a PT.

Perante a análises e discussão dos resultados obtidos pelo autor, no que concerne à informação relativa ao doente, na PT, deve existir um conjunto de informações essenciais para a identificação do doente em termos civis, devendo seguir uma sequência definida: dados pessoais, antecedentes e informação relativa ao motivo de recorrência à urgência. Todos estes dados, corroboram com a informação disponibilizada pela DGS (2017): toda a informação na PT deve ter por base os dados pessoais do doente, a quem diz respeito a comunicação, reforçando também a descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde como os antecedentes pessoais.

Considerando a evolução do estado do doente, e resultados obtidos do estudo do autor, concordam que a PT deve fornecer informação que facilite o processo de tomada de decisão do enfermeiros, relacionando-se com as necessidades de cuidados de enfermagem dos mesmos, assim como o tratamento médico instituído. Recomenda-se fornecer informação sobre a evolução do doente; plano de cuidados; prognóstico e alterações do estado clínico significativas, bem como resultados dos exames complementares de diagnóstico. Corroborando mais uma vez com o que a DGS (2017), salienta: uma PT centrada em informações do estado do doente, terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações do estado de saúde significativas, descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica em questão.

O tipo de comunicação, de acordo com os resultados obtidos dos mesmo autores anteriormente indicados, é algo que influencia drasticamente a eficácia do processo de PT, visto que uma comunicação ineficaz pode levar a omissões ou incongruências na informação partilhada, colocando em causa a segurança do doente. Como tal, concluem que a sistematização e a metodologia é um aspeto positivo a utilizar, pois evita o livre arbítrio na comunicação, permite uma melhor PT e contribui significativamente para redução de erros na transmissão da informação, tornando-se um momento mais consistente, preciso, claro, sem ambiguidades e que previne a confusão na receção da informação. Aliando estes cuidados à implementação de protocolos e desenvolvimento de estratégias de comunicação, surge o uso de instrumentos uniformizados, mnemónicas, (como por exemplo, ISBAR), para a orientação da partilha de informação, e posterior eficácia da comunicação.

Quando aos fatores condicionantes da PT, e perante os resultados discutidos no estudo, a empatia/respeito, local e a duração da mesma, são três aspetos que influenciam e condicionam a qualidade e eficácia da transição de cuidados. A empatia de acordo com a bibliografia é uma característica que influencia positivamente a comunicação da PT, no entanto, não é o que se verifica no estudo. Justificam esta divergência, salientando a provável banalização do momento, quanto maior for a empatia entre os profissionais de saúde envolventes. O local para a sua realização, mais uma vez, não está em concordância com a bibliografia pelo autor citada, ou seja, não defendem a sua realização junto do doente, pois referem que pode provocar um sentimento de desconfiança por parte do doente, um discurso ser mal interpretado e até existir a possibilidade de interromper o processo, como tal defendem que deve existir um local reservado e com privacidade. Todavia, Sousa, J., et al (2019) ao citar Kerr et al., destaca que a PT deve surgir junto do doente, de modo que este possa participar na sua gestão de cuidados e tomadas de decisões, porém, a confidencialidade e privacidade não ficam salvaguardadas devidamente.

No que concerne à duração da PT, o autor refere que segundo Klim et al. (2013), a transmissão de informação pode ser exaustiva e inconsistente, influenciando negativamente a continuidade de cuidados, como tal é aconselhável que não seja demasiado longa evitando que surja tempo para a distração, aborrecimento e desconcentração. Todavia, Sousa, J., et al (2019) ao citar Thomson et al., salientam que numa PT num SU, são várias as características que prejudicam essa transição de cuidados: um serviço de natureza caótica e errática, onde a afluência de doentes é irregular, com um ritmo de trabalho acelerado, necessidade de uma vigilância constante, sob uma sobrecarga física, com vários cuidadores para um único doente e com uma elevada movimentação de clientes.

Resumem os autores Sousa, J., et al (2019), para que a PT seja eficaz, esta deve seguir linhas orientadoras para que não ocorra omissões de dados ou ambiguidades dos mesmos, e é necessário incentivar os enfermeiros e profissionais de saúde a compreender a qualidade da informação transmitida, bem como a sua importância para a prática de cuidados de excelência, respetiva continuidade e segurança do doente.

Portanto, conforme sintetizam Corpolato, R., Mantovani, M., Willig, M., et al (2019) é indispensável a adoção de um instrumento padronizado para o processo de comunicação, processo este valioso na área de saúde.

Considerando a PT como um canal de comunicação entre os turnos, e para garantir um processo de comunicação efetivo durante a mesma é importante que sejam implementados instrumentos padronizados. Relembrem os autores anteriormente mencionados, o exemplo das Unidades de Cuidados Intensivos, serviços que necessitam de tais exigências, pois são estes instrumentos que permitem que princípios fundamentais sejam respeitados e eventos adversos associados com a falta de comunicação sejam reduzidos de modo a garantir a qualidade, continuidade dos cuidados prestados e acima de tudo a segurança do paciente.

Desta forma, destacam as autoras Pena, M., Melleiro, M. (2018), que a utilização de ferramentas para a padronização do processo de transição do cuidado, deve ser incentivada, visto que a comunicação é essencial nas relações humanas que envolvem os doentes, família e os profissionais, fornecendo valiosas contribuições para melhoria das interações, contribuindo para a transformação do cenário nas instituições de saúde e aperfeiçoamento da cultura de segurança, pois a boa comunicação entre profissionais, assim como, entre esses e os doentes, são a chave para o cuidado seguro. Logo, as referidas autoras sugerem que, as ferramentas sejam utilizadas no intuito de sistematizar os momentos de passagem de turno e transferência de doentes, tanto para comunicação verbal, quanto escrita, salvaguardando e respeitando a realidade e as especificidades de cada instituição.

Assim sendo, o uso de instrumentos padronizados, incluindo mnemônicas que estabelecem temas e sequências, permitem uma comunicação mais eficaz com a particularidade de antecipar as informações prioritárias sobre o doente, de modo a garantir a segurança no cuidado.

## 7.2. Técnica ISBAR

Uma das técnicas de comunicação que permite que a informação seja transmitida de uma forma estruturada, previsível e concisa, é considerada como um instrumento que facilita a compreensão entre os elementos envolventes do momento.

ISBAR , segundo a Norma 001/2017 – Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, (2017) da DGS, é uma ferramenta de padronização de comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados.

A mnemónica ISBAR, funciona como um auxiliar de memória que permite através de formas simples, memorizar construções complexas, para serem utilizadas na transmissão verbal de informação do processo da transição de cuidados:

- Identificação: identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação;
- Situação atual/ causa: Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde; Antecedentes: Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade;
- Antecedentes/ Anamnese: Descrição dos fatos clínicos de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade;
- Avaliação: Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas;
- Recomendações: Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente.

De acordo com a literatura disponível, Tranquada (2013), explica que os problemas com as passagens de informação são causados pela falta de linhas orientadoras claras e concisas, pela forma como os profissionais de saúde são educados, ou não (em treino de equipa e capacidades de comunicação), pela falta de bons modelos de desempenho e por um sistema de saúde que promove e recompensa a autonomia e desempenho individual.

De acordo com a Norma 001/2017 – Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, (2017) da DGS, ainda são identificadas outras falhas na comunicação: omissões de informação, erros nas informações, falta de precisão e a falta de priorização das atividades.

Considerando os autores Sousa, J., et al (2019), a informação a ser transmitida consiste num conjunto de dados, dispostos num contexto útil e de grande significado que, quando fornecido atempadamente e de forma adequada, proporciona orientação,

instrução e conhecimento ao seu recetor, possibilitando e influenciando a tomada de decisão, a nível clínico, organizacional e de gestão. Desta forma, a informação escolhida a ser transmitida deve ser fiável e precisa, pois, a continuidade dos cuidados depende fortemente da quantidade e qualidade com que os dados são partilhados.

A incidência de eventos adversos resultantes de uma comunicação ineficaz e má transmissão de informação, tem consequências nefastas para a segurança do doente, como tal, contornar a problemática das falhas de comunicação, passa por encontrar uma das estratégias que garanta a eficácia da comunicação: a utilização de uma ferramenta que promova a padronização, uniformização da mesma, mas também a sua implementação de forma ativa.

A metodologia ISBAR é recomendada por diversas organizações de saúde por força da sua fácil memorização pelos profissionais, pela possibilidade de replicação em diferentes contextos da prestação de cuidados, mas também, porque é uma estratégia de compreensão de mensagens, que recorre a uma metodologia padronizada, simples, flexível, concisa e clara para comunicar informações desses cuidados. Tem ainda a particularidade de contribuir para uma rápida tomada de decisões, promovendo o pensamento crítico, diminuindo o tempo na transferência de informação promovendo a rápida integração dos novos profissionais no âmbito da transição dos cuidados.

Esta metodologia de comunicação acaba por se tornar tal como Tranquada (2013) defende, uma ferramenta eficiente para colmatar os diferentes estilos de comunicação, padronizando e uniformizando o método, o que permite a diminuição de erros derivados do processo de comunicação, num momento crítico, como em qualquer transição dos cuidados de saúde.

Figura 2 - Modelo explicativo da técnica ISBAR

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

Fonte: DGS (2017)

De acordo com alguns estudos realizados, a implementação da metodologia ISBAR, permite melhorar a comunicação entre profissionais, promovendo um clima de segurança e reduz os incidentes e eventos adversos causados por erros/falhas de comunicação e/ou interrupções da PT.

Logo, tal como Antunes, M. (2019), conclui uma abordagem padronizada do handover na comunicação ajuda a minimizar os riscos. A padronização deste processo melhora as atividades diárias e respetivas rotinas, uniformiza procedimentos e contribui para a melhoria da comunicação dos profissionais de saúde e estratégias para melhorar o trabalho que contribuem para melhorar o sistema.

A temática em questão foi escolhida para a realização de um novo projeto no âmbito das competências comunicacionais a que me propus ao título de Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica. Neste contexto de estágio, verificam-se diversas lacunas que comprometem a segurança da comunicação na transição de cuidados durante a PT e respetiva continuidade de cuidados e sua qualidade.

Considerada uma temática atual, os erros/falhas de comunicação que ocorrem no momento de transição de cuidados são um problema real e devidamente documentado na diversa bibliografia disponível. Tendo em conta as vivências e observações realizadas neste contexto de estágio, identificou-se facilmente a necessidade da elaboração de uma estratégia que com a sua utilização melhora-se a diminuta eficácia da comunicação no processo de transição de cuidados no SU aumenta-se o conhecimento, aprimora-se as capacidades e desenvolve-se as competências da equipa quanto á temática na prática clínica.

A elaboração deste documento orientador da PT, visa melhorar o processo de comunicação na transição de cuidados, com a procura permanente da excelência no exercício profissional, contribuição para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem, utilizando metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade, exercícios correspondentes aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da OE (2011).

Com a elaboração, desenvolvimento e posterior implementação deste documento, pretende-se validar a necessidade de intervenção nesta área de cuidados no SU. Tudo, em prol de uma cultura de segurança do doente no SU através de uma comunicação eficaz e de qualidade na transição de cuidados originando uma constante melhoria contínua dos cuidados de Enfermagem ao doente em situação crítica e cumprir com a missão a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, da *DGS (2015)*: potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, garantindo os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde e reforçar os mecanismos e melhorar as respostas ao reporte de efeitos adversos e acidentes em cuidados de saúde.

## 8. Conclusão

O desenvolvimento das competências comunicacionais e seus cuidados no âmbito da Equipa de Enfermagem do SU, local do último contexto de estágio, pretende ser para além de um objetivo pessoal, uma melhoria no serviço. Sabendo que a comunicação humana resulta da relação da interdependência entre emissor e recetor, esta interdependência obriga aos envolventes o desenvolvimento de capacidades e competências comunicacionais para que a efetivação do processo de comunicação seja compreendida. A empatia, o respeito, a atenção e interesse são quatro dos atributos essenciais para o sucesso de uma comunicação eficaz. Observada uma questão problema e respetiva oportunidade de melhoria no SU: a elaboração e implementação de um Guia Orientador da Passagem de turno (Apêndice II), projeto que incide na área da qualidade da continuidade e prática dos cuidados, na segurança do doente, e na melhoria da transição de cuidados durante a PT.

Após a revisão bibliográfica realizada, a ocorrência das falhas de comunicação, as interrupções nos momentos das passagens de turno e os eventos adversos resultantes destes, são as causas mais observadas durante este período e verificadas pela bibliografia. Nos momentos críticos, tais como, a transição de cuidados existe uma maior incidência de erros associada a uma comunicação não eficaz para a continuidade de cuidados, o que coloca em causa a segurança dos doentes. Relativamente à minimização e resolução desta problemática, a literatura identificou como principal estratégia a implementação de uma metodologia, organização e uniformização da comunicação, recorrendo à técnica ISBAR. Uma técnica de comunicação que diminui a incidência de erros relacionados nos momentos de transição de cuidados de saúde durante a PT.

De forma a responder adequadamente às necessidades diagnosticadas, foi elaborado um Guia Orientador de Passagem de Turno com base na técnica ISBAR, e realizada uma ação de sensibilização com vista à apresentação da mesma, para a sua futura implementação no momento mais característico da transição de cuidados, a PT. Ao verificar-se a existência de interrupções ao longo da PT e a forma como influenciam a comunicação, uma forma de possivelmente reduzir este fenómeno passa pela consciencialização de todos os elementos da equipa de saúde, que as interrupções podem conduzir a ineficiência de comunicação e conseqüentemente à ocorrência de

eventos adversos, diminuindo a segurança do doente. Deste modo, a ação de sensibilização e o projeto em si, constitui uma mais-valia para o Serviço de Urgência uma vez que trará uma melhoria inegável nos cuidados prestados, que se traduzirá num aumento da segurança dos cuidados de enfermagem prestados, através da uniformização da comunicação com recurso à técnica ISBAR durante um dos momentos de transição de cuidados.

A continuidade dada a esta temática, demonstra a importância da mesma para o serviço em questão. Perante a sua implementação, é através da perceção da existência de fatores que colocam em risco a segurança da comunicação e do doente, nos momentos de transição de cuidados durante a PT, sejam realizados e desenvolvidos esforços com vista à redução e minimização desta problemática.

Todo o processo de aprendizagem deste período de estágio permitiu a aquisição e desenvolvimento de competências e conhecimentos fundamentais, para traçar estratégias solucionais à temática, um problema nas organizações de saúde que indiretamente afeta a prestação de cuidados, as relações interpessoais e a tomada de decisão na Enfermagem. Toda esta atuação tem como objetivo, evidenciar a segurança dos cuidados prestados, qualidade e continuidades dos mesmos para uma Enfermagem de excelência. É assim evidente que a passagem de turno não pode ser apenas uma mera transmissão de palavras, mas um dos fundamentos da melhoria constante dos cuidados de Enfermagem prestados.

É de salientar que a estratégia mencionada, para surtir o efeito desejado, não se pode limitar apenas às passagens de turno, é necessário atuar numa perspetiva mais abrangente, nomeadamente no que concerne a cultura organizacional. No caso específico do Serviço Urgência em questão, denota-se uma preocupação e abertura à mudança, por parte dos líderes do serviço, consistindo num elemento facilitador da aplicabilidade desta atitude de mudança.

Apesar da comunicação entre elementos da equipa de saúde, ser foco de atenção e objeto de diversos estudos de investigação, durante a revisão bibliográfica, verificou-se que em Portugal ainda existem poucos estudos acerca desta temática, sendo essencial a aposta no desenvolvimento da investigação no âmbito desta temática. É assim, importante e crucial o incentivo para com a equipa de enfermagem o uso deste guia, de

forma a promover a melhorar a qualidade dos cuidados prestados, respetiva continuidade e desenvolvimento de uma comunicação eficaz com intuito de salvaguardar devidamente a segurança do doente e por sua vez, dignificar a transição de cuidados.

## 9. Referências Bibliográficas

- Antunes, M. M. F. (2019). PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS ACERCA DA PASSAGEM DE TURNO. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em Gestão de Unidades de Cuidados. Coimbra.
- Corpolato, R., Mantovani, M., Willing, M., Andrade, L., Mattei, Â., Arthur, J. (2019). Padronização da passagem de turno em Unidades de Terapia Intensiva Geral – Adulto. Rev Bras Enferm [Internet]. 2019;72(Suppl 1):88-95. [Versão Eletrónica] Acedido a 13 de Novembro de 2019, em: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v72s1/pt\\_0034-7167-reben-72-s1-0088.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v72s1/pt_0034-7167-reben-72-s1-0088.pdf).
- Costa, D., Ramos, D., Gabriel, C., Bernandes, A. (2018). Cultura de Segurança do Paciente: Avaliação pelos Profissionais de Enfermagem. Artigo – Texto e Contexto Enfermagem, 2018; 27(3):e2670016. [Versão Eletrónica] Acedido a 20 de Novembro de 2019, em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n3/0104-0707-tce-27-03-e2670016.pdf>.
- Cullum, N., Ciliska, D., Hayness, R. e Marks, S. (2009) *Enfermagem baseada em evidências - Uma introdução*. Artmed Editora. Porto Alegre.
- Direção Geral de Saúde. (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 peri operatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018. pp. 19359-19362. [Versão Eletrónica]. Acedido a 27 de Novembro de 2019, em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/médico-cirurgica.pdf>.
- Direção Geral de Saúde. (2015). Anexo - Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. Diário da República, 2.ª série — N.º 102 — 27 de maio de 2015. pp. 13550-13553. [Versão Eletrónica]. Acedido a 27 de Novembro de 2019, em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/médico-cirurgica.pdf>.
- Direção Geral de Saúde. (2017). Norma 001/2017 - Comunicação Eficaz na transição de Cuidados de Saúde. 08/02/2017. [Versão Eletrónica] Acedido a 20

- de Novembro de 2019, em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-circularesnormativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>.
- Ferreira, R., Luzio, F., Santos, M., (2010). Passagem de turno dos Enfermeiros nos quartos (Visita de Enfermagem) opinião dos utentes. Artigo de Investigação – Revista Referência, II Série – nº 12 – Mar. 2010, pp. 29-37. [Versão Eletrónica] Acedido a 20 de Novembro de 2019, em: [https://www.researchgate.net/publication/303985206\\_Passagem\\_de\\_turno\\_dos\\_enfermeiros\\_nos\\_quartos\\_Visita\\_de\\_Enfermagem\\_opinia\\_o\\_dos\\_utentes](https://www.researchgate.net/publication/303985206_Passagem_de_turno_dos_enfermeiros_nos_quartos_Visita_de_Enfermagem_opinia_o_dos_utentes).
  - Gonçalves, J., (2018). ISBAR: Uma comunicação efetiva na transição de cuidados durante a passagem de turno. Dissertação de Mestrado em Enfermagem – Relatório de Estágio. [Versão Eletrónica] Acedido a 20 de Novembro de 2019, em: <http://rdpc.uevora.pt/handle/10174/23325>.
  - Leite, L. C. A. S. (2018). Segurança do doente crítico: Transição de cuidados, na passagem de turno de enfermagem. Relatório de Estágio, Mestrado em Enfermagem - Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica, A Pessoa em Situação Crítica. Évora.
  - Morgado, T., Nunes, L., (2016). Opiniões sobre a visita de enfermagem em unidades de cirurgia: tradução, adaptação e validação de questionários. Artigo de Investigação – Revista Referência, Série IV – nº 9-2016, pp. 75-85. [Versão Eletrónica] Acedido a 20 de Novembro de 2019, em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn9/serIVn9a09.pdf>.
  - Oliveira, J., Almeida, L., Hirabae, L., Andrade, K., Sá, C., Paula, V. (2018). Interrupções nas passagens de plantão de enfermagem na terapia intensiva: implicações na segurança do paciente. Rev Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2018; 26:e33877. [Versão Eletrónica] Acedido a 13 de Novembro de 2019, em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/02/970286/interruptoes.pdf>.
  - Pedro, D., Nicola, A., Oliveira, J., (2016). Passagem de Plantão entre Profissionais de Enfermagem Hospitalares: Análise de fatores influentes. Revista ENINGÁ Review. Vol. 25, n.1, pp.27-31, pp.27-31. [Versão Eletrónica] Acedido a 20 de Novembro de 2019, em: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1745/1354>.
  - Pena, M., e Melleiro, M. (2018). EVENTOS ADVERSOS DECORRENTES DE FALHAS DE COMUNICAÇÃO: REFLEXÕES SOBRE UM MODELO PARA

TRANSIÇÃO DO CUIDADO. ISSN 2179-7692 Rev Enferm UFSM 2018 Jul./Set.;8(3): 616-625. [Versão Eletrónica] Acedido a 13 de Novembro de 2019, em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/25432/pdf>.

- Pereira, B., Brito, C., Pontes, G., Guimarães, E. (2011). A Passagem de plantaão e a corrida de leito como instrumentos norteadores para o planeamento da assistência de Enfermagem. Rev. Min. Enferm.;15(2). pp. 283-289. [Versão Eletrónica] Acedido a 20 de Novembro de 2019, em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/37>.
- Polit, D. e Beck, C. (2011). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para a pratica de enfermagem*. 7a Ed, Artmed Editora. Porto Alegre.
- Rodrigues, A., Azevedo, C., Calvo. V. (2016). Comunicação Interna nas organizações: Instrumento prático de auxilio à passagem de turno. Practical instruments to help the shift change. Millenium, 2(1), 105-114. [Versão Eletrónica] Acedido a 20 de Novembro de 2019, em: <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/3659/5/10089-30421-1-PB-105-114.pdf>.
- Santos, G., Campos, J., Silva. R. (2018). Comunicação no *handoff* na terapia intensiva: nexos com a segurança do paciente. Revisão - Esc Anna Nery 2018;22(2):e20170268. [Versão Eletrónica] Acedido a 13 de Novembro de 2019, em: [http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n2/pt\\_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0268.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n2/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0268.pdf).
- Sousa, J., Meneses, D., Alves, D., Machado, L., Príncipe, F., Mota, L., (2019). Teor da informação partilhada entre enfermeiros durante a passagem de turno no serviço de urgência. Artigo de Investigação - Revista Referência, Série IV. Nº 21.2019, pp. 151-158. [Versão Eletrónica] Acedido a 20 de Novembro de 2019, em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn21/serIVn21a15.pdf>.
- Souza, M., Silva, M. e Carvalho, R.(2010). *Revisão integrativa: O que é e como fazer*. [versão eletrónica]. Einstein 8 (1 pt 1): 102-6. [Versão Eletrónica] Acedido a 13 de Novembro de 2019, em: [http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt\\_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf).
- Tranquada. M., (2013). A comunicação durante a transição das equipas de enfermagem - Estudo de caso sobre as características da comunicação nas

passagens de turno de enfermagem numa enfermaria cirúrgica de um Hospital Português. Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde. [Versão Eletrónica] Acedido a 20 de Novembro de 2019, em: <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/6985/1/TESE%20-%20COMUNICAÇÃO%20NAS%20PASSAGENS%20DE%20TURNO.pdf>.

## 10. Anexos

# ANEXO I - Norma 001/2017 - Comunicação Eficaz na transição de Cuidados de Saúde.



## NORMA

NÚMERO: 001/2017

DATA: 08/02/2017

Francisco  
Henrique  
Moura George

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

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

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

### NORMA

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

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



6. As instituições devem assegurar que:

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

Instrumento de auditoria organizacional:

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



Avaliação final:

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

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

Francisco George  
Diretor-Geral da Saúde



## TEXTO DE APOIO

### Conceitos, definições e orientações

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

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

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

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

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

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



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

#### Fundamentação

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



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

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

#### **Avaliação**

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

#### **Comité Científico**

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

#### **Coordenação executiva**

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

#### **Bibliografia**

AZEVEDO, Paulo; SOUSA, Paulino. Partilha de informação de enfermagem: dimensões do papel de prestador de cuidados. Revista de enfermagem Referência. Lisboa. ISBN, n7 julho 2012,113-122;  
CLARK, Eileen et al. The PACT Project: improving communication at handover. Medical Journal of Australia. 190:11 (2009) 125-127.



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



## ANEXOS

### Anexo I – modelo explicativo da técnica ISBAR

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

## 11. Apêndices

APÊNDICE I - *Guia Orientador da Passagem de Turno - Serviço de Urgência Médico Cirúrgica* – XXXXXXXXXX

<b>I</b>	Identificação:	Área: Sala de Emergência: <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> Laranja: <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> Amarela: <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> Verde: <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> Unidade de Curta Permanência <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
<b>S</b>	Motivo de Admissão:	
	Estudo Analítico: Bq: <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> _____ H: <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> _____ EC: <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> _____ VS: <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> _____ HC: <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> _____  KPC: <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> _____ MRSA: <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> _____	Exames: RX: <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> _____ ECG: <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> _____ ECC: <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> _____ TAC c/ contraste <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> _____ s/ contraste <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> _____ ECO <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> _____  Pendentes:
<b>B</b>	Intervenções invasivas/ Eventos no SUMC:	
	Antecedentes:	Alergias:
<b>A</b>	Dependência:	
	Hemodinâmica: TA: _____ FC: _____  Temp: _____ Dx: _____	Ventilação: O2 CN: _____ O2 MASC: _____ O2 MAD: _____
<b>R</b>	Pedido de Colaboração:	
	Plano de Continuidade de Cuidados:	
	Necessidades dos Cuidadores:	

# Apêndice IV – Comunicação na Passagem de Turno do Serviço de Urgência Geral - Guia Orientador da Passagem de Turno - SUMC



## Enquadramento

- Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, do décimo segundo Curso do Mestrado em Enfermagem Profissional, ministrado pela Universidade Católica Portuguesa, Instituto Ciências da Saúde do Porto, Escola de Enfermagem, com início no ano letivo 2018/2019.
- A preocupação em estudar esta temática, emergiu da prática observada e experienciada no segundo contexto do Estágio Final e Relatório – SU, e da necessidade em melhorar os nossos cuidados, percebendo as causas que perturbam a Comunicação Eficaz e influenciam a qualidade da transição de cuidados.
- Optei ainda por esta temática, porque enquanto profissional, a transição de cuidados através da PT e da comunicação nela realizada surge como uma das atividades realizadas diariamente. No entanto, aquando estes momentos emergem eventos adversos que consequentemente afetam a qualidade da continuidade de cuidados e a segurança do doente.

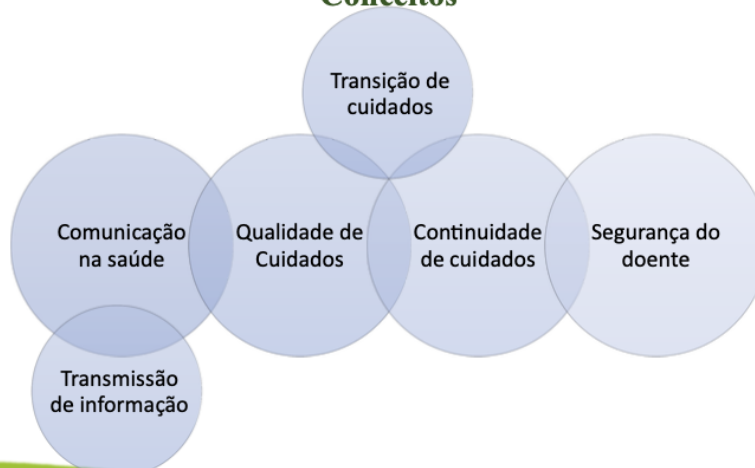
---

## Objetivos

- Abordar uma temática significativa para a prática de cuidados da Enfermagem;
- Adquirir conhecimentos a partir da análise de referências bibliográficas acerca da temática;
- Seleccionar e aproximar as referências bibliográficas mais pertinentes à temática, e realidade experienciada, de forma a solucionar problemas da prática do SUMC;
- Salientar o método mais adequado e aconselhado - ISBAR, para a transmissão de informação na transição de cuidados de saúde com qualidade no SUMC;
- Sensibilizar os profissionais do SUMC para a importância da adequada PT necessária em prol da qualidade da continuidade dos cuidados neste local.
- Facilitar a transmissão de informação na transição dos Cuidados de Enfermagem no SUMC, com a elaboração de um instrumento prático e escrito que auxilie a PT.

---

## Conceitos





## Conceitos

- Comunicação entre profissionais de saúde e entre instituições prestadoras de cuidados, sobre identificação e informações do estado de saúde do doente, sempre que existe transferência, temporária ou permanente, da responsabilidade de prestação de cuidados.

## Conceitos



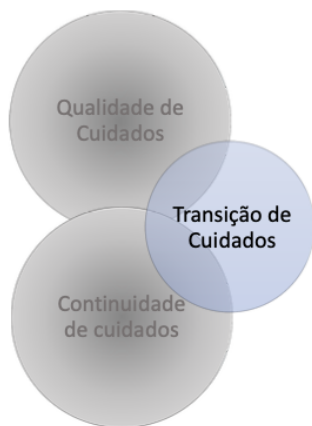
- A comunicação eficaz na transição dos cuidados de saúde é necessária para melhorar a segurança do doente e contribuir para a diminuição dos eventos adversos.
- A comunicação eficaz na saúde requer conhecimento, competência e empatia. O profissional de saúde deve saber quando falar, o que dizer e como dizer. A comunicação apesar de ser utilizada todos os dias durante a prestação de cuidados de saúde, exige competência que devem ser apreendidas e práticas, de forma a contribuir para o estabelecimento de comunicação eficaz em ambientes dinâmicos, comuns aos profissionais de saúde.
- Uma das estratégias que garante a eficácia da comunicação é a utilização de uma ferramenta que promova e uniformização da mesma, mas também a sua implementação de forma ativa.

## Conceitos

- As falhas na comunicação são das principais causas de eventos adversos na saúde, a nível internacional. Indica a evidência científica que até 70% destes eventos ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados.
- As falhas mais comuns de comunicação entre profissionais de saúde, decorrentes da transferências de cuidados estão relacionadas, com as missões de informação, erros nas informações, falta de precisão e a falta de priorização das atividades.
- Em relação aos estudos internacionais, apesar da pouca diversidade, no que diz respeito a falhas na comunicação em situações de transição, é de referenciar um estudo de 2012, onde se verificou que 50% dos casos tinham inexperiência de comunicação eficaz entre os profissionais de saúde, de forma a garantir a continuidade informacional nos cuidados de saúde.

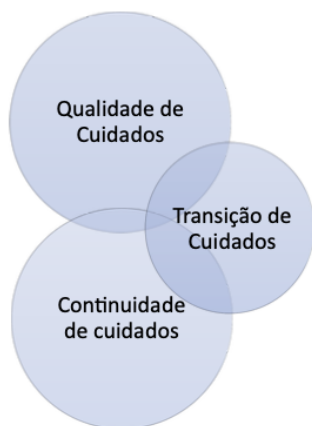
## Conceitos

- A transmissão de informação entre profissionais de saúde deve ser prioritária em todos os momentos vulneráveis/críticos de transição de cuidados.
- Os profissionais responsáveis pelo processo de transmissão de informação são essencialmente o médico e/ou enfermeiros que acompanha o doente na instituição de origem e de receção, bem como o técnico de Emergência Pré-hospitalar, aquando da admissão nos serviços de urgência. Devem ser sempre inequivocamente identificados.



## Conceitos

- Qualquer momento da prestação em que se verifique a transferência da responsabilidade de cuidados e de informação entre os prestadores, que tem como missão a continuidade e segurança dos mesmos.
- São momentos vulneráveis /críticos da transição de cuidados para a segurança do doente, momentos cuja complexidade envolvem um maior risco de erro na transferência de informação, como é caso das admissões e altas hospitalares para o domicílio ou para outro nível de cuidados, e das mudanças de turno na mesma instituição e serviço.
- 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 JSBAR.



## Conceitos

- Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 tem como objetivo, “melhorar a prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis de cuidado no SNS” e para isso recorre a objetivos estratégicos, entre os quais, o aumento da segurança da comunicação.
- A qualidade na transição dos cuidados de saúde é um elemento fundamental na segurança do doente, isto porque é associada ao aumento da qualidade da prestação de cuidados, à diminuição de eventos adversos e consequentemente diminuição da mortalidade.



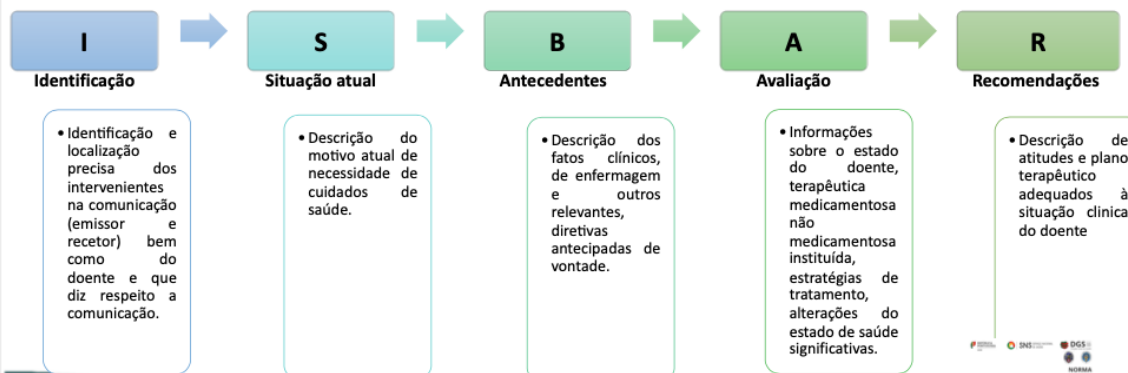
## Conceitos

Segurança de doente

- Redução de risco de dano desnecessário à pessoa que recebe os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. O mínimo aceitável é de uma forma geral direcionado para o conhecimento atual, recursos disponíveis, contexto de prestação de cuidados em oposição ao risco de não tratamento ou de outro.

## Técnica ISBAR

Ferramenta de padronização de comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados.



## Técnica ISBAR



ANEXOS

Anexo 1 - modelo explicativo da técnica ISBAR

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

**Aspectos positivos**

- Fácil memorização pelos profissionais;
- Possibilidade de replicação em diferentes contextos da prestação de cuidados;
- Uma estratégia de compreensão de mensagens;
- Metodologia padronizada, simples, flexível, concisa e clara para comunicar informações dos cuidados.
- Uniformização da comunicação entre os profissionais de saúde;
- Contribui para a rápida tomada de decisões;
- Promove pensamento crítico;
- Diminui o tempo na transferência de informação;
- Promove a rápida integração dos novos profissionais.



## Guia Orientador de Passagem de Turno – SU

Identificação:		Área: Sala de Emergência:	
<b>I</b>		Laranja:	<input type="checkbox"/>
		Amarela:	<input type="checkbox"/>
		Verde:	<input type="checkbox"/>
		Unidade de Curta Permanência	<input type="checkbox"/>
Motivo de Admissão:			
<b>S</b>	Estudo Analítico: <input type="checkbox"/> BA: _____	Exames RX:	<input type="checkbox"/> _____
	H: _____	ECC:	<input type="checkbox"/> _____
	EC: _____	ECC:	<input type="checkbox"/> _____
	YS: _____	TAC s/ contraste	<input type="checkbox"/> _____
	HC: _____	s/ contraste	<input type="checkbox"/> _____
	KPC: <input type="checkbox"/> _____		
	MRSA: <input type="checkbox"/> _____		
Pendentes:		Pendentes:	
Intervenções Invasivas/ Eventos no SUMC:			
<b>B</b>	Antecedentes:	Alergias:	
	Dependência:		
<b>A</b>	Hemodinâmica: TA: _____	Ventilação O2 CN: _____	
	FC: _____	O2 MASC: _____	
	O2 MAD: _____		
	Di: _____		
Pedido de Colaboração:			
<b>R</b>	Plano de Continuidade de Cuidados:		
	Necessidades dos Cuidadores:		

## Guia Orientador de Passagem de Turno – SU

- Com a elaboração, desenvolvimento e posterior implementação deste documento, pretende-se validar a necessidade de intervenção nesta área de cuidados no SU, em prol de uma cultura de segurança do doente no SU, através de uma comunicação eficaz e de qualidade na transição de cuidados originando uma constante melhoria contínua dos cuidados de Enfermagem ao doente em situação crítica.
- Cumprir com a missão da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, publicado em *Diário da República, 2.a série — N.o 102 — 27 de maio de 2015 pela DGS*:

**Potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, garantindo os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde e reforçar os mecanismos e melhorar as respostas ao reporte de efeitos adversos e acidentes em cuidados de saúde.**

# **Apêndice V - Avaliação da Dor associada a meios complementares de avaliação no doente em CI**



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

LISBOA · PORTO

**Curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em  
Enfermagem Médico-Cirúrgica**

**Estágio Final e Relatório**

**Avaliação da dor associada a meios complementares de avaliação  
no doente em Cuidados Intensivos**

Helena Sofia Vieira Pacheco Cunha

Sob orientação de: Prof.<sup>a</sup> Doutora [REDACTED]

Sob tutoria de: Enf. [REDACTED]

Porto, 04 de Novembro de 2019



## Siglas

ANI – Analgesia Nociception Index

BPS - Behavioural Pain Scale

GAD - Grupo de Avaliação da Dor

IASF - International Association for Study of Pain

PNAD - Plano Nacional de Avaliação da Dor

SNA- Sistema Nervoso Autónomo

SNC - Sistema Nervoso Central

SPCI - Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

# Índice

1. Introdução.....	1
2. A problemática da dor na prestação dos cuidados de enfermagem em cuidados intensivos.....	4
3. A comunicação não verbal.....	7
4. Behavioural Pain Scale (BPS).....	9
5. ANI (Analgesia Nociception Index).....	11
6. Conclusão.....	18
7. Referências bibliográficas.....	20
8. Anexos.....	22
Anexo I: Behavioural Pain Scale (BPS).....	24

## 1. Introdução

O presente documento é elaborado no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, do décimo segundo Curso do Mestrado em Enfermagem Profissional, ministrado pela Universidade Católica Portuguesa, Instituto Ciências da Saúde do Porto, Escola de Enfermagem, com início no ano letivo 2018/2019. O mesmo, é proposto pela Professora Doutora Patrícia Coelho, orientadora do presente estágio e pelo Enf. Hélder Teixeira, meu tutor ao longo do mesmo. Faz parte dos meus objetivos de estágio, realçar a importância do meu projeto de formação pessoal e profissional da investigação clínica na prática de enfermagem ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem e a identificação das minhas necessidades formativas pessoais na área de especialização, no âmbito dos cuidados urgentes/emergentes e de cuidados intensivos, assim, optei por abordar a temática da Dor, meios complementares de avaliação e respetivos cuidados de enfermagem.

Durante este primeiro contexto de estágio na Unidade de Cuidados Intensivos, a componente da prevenção; avaliação; monitorização e tratamento da dor é primordial ao longo dos nossos cuidados e do internamento da pessoa em situação crítica e segundo a Direção Geral da Saúde (2003) indica, a dor é o 5º sinal vital, o que justifica a importância e gestão deste cuidados como um direito do doente, e dever profissional. É com justa causa, que estando no âmbito dos Cuidados Intensivos, a ela estão associados uma panóplia de cuidados que são potenciadores e estímulos da sensação de dor.

Para realçar a importância do meu projeto de formação pessoal e profissional da investigação clínica na prática de enfermagem, procurei através da realização de uma pesquisa e organização de evidência científica, numa base de dados fidedigna, resultando alguns artigos pertinentes e que suscitam interesse fundamentando a temática em questão. Usei uma metodologia descritiva, fundamentada pela pesquisa bibliográfica, onde exponho os aspetos principais da temática e para o atingimento dos objetivos deste mesmo trabalho.

Tendo em conta a importância da investigação científica na construção do conhecimento em Enfermagem e na valorização socioprofissional da profissão pretendi: questionar a prática em Enfermagem numa perspetiva de investigação utilizando as fontes de pesquisa adequadas, desenvolver pesquisa de forma autónoma, analisar artigos científicos e trabalhar a informação de encontro com a realidade do serviço, e por fim

demonstrar capacidade para comunicar os resultados de forma apropriada e sensibilizando a equipa de enfermagem para a temática.

Segundo, International Association for Study of Pain (IASP) e através da CHANGE PAIN: “A dor é uma experiência sensorial ou emocional desagradável associada a lesão tecidual, real ou potencial, ou descrita nos termos de tal lesão”. O seu cuidado é fundamental, podendo melhorar a qualidade de vida do indivíduo em vários aspetos, como a realização das atividades do quotidiano, nas relações sociais e familiares, no desempenho do trabalho e também na recuperação na fase pós-operatória, defende *Filho, Caixeta, Stival e Lima (2012)*. Sem dificuldade apercebemo-nos que a dor não é uma experiência puramente sensorial, pois tem um certo impacto emocional de onde esta pode surgir ou submergir. De acordo com *Santos, Alves, Neto, Passos, Filho e Santana (2017)*, os doentes em situação crítica sentem dor e desconforto com frequência durante o internamento numa UCI, unidades especializadas onde os indivíduos lá internados podem ser expostos a diferentes fatores que provocam dor aguda, aliás até mesmo os cuidados diários realizados por rotina, tais como: aspiração de secreções endotraqueais, posicionamentos no leito, punções venosas periféricas e/ou centrais, etc. Desta forma, considera-se que a avaliação e tratamento da dor em doentes em cuidados intensivos e sob ventilação mecânica, é um cuidado que se distingue pela sua importância, e necessidade de estudo.

Desta forma, o objetivo geral do presente trabalho passa por conhecer o estado da arte relativamente à importância da avaliação da dor no doente em UCI, respetiva monitorização e intervenções. Acrescento ainda alguns objetivos específicos:

- Abordar uma temática significativa e realçá-la na e para a prática de cuidados da Enfermagem;
- Adquirir conhecimentos a partir da análise de referências bibliográficas acerca da temática;
- Selecionar e aproximar as referências bibliográficas mais pertinentes à temática, e realidade experienciada, de forma a obter conclusões mais fidedignas e de encontro com o dia a dia na unidade de cuidados intensivos.
- Salientar o tipo de avaliação da dor mais aconselhada, precisa e adequada às UCI e destacar os dispositivos médicos associados a esta avaliação e que fornecem dados mais objetivos (Analgesia Nociception Index, ANI);

- Sensibilizar para a importância da adequada avaliação da dor e respetiva monitorização.

Para proporcionar uma melhor organização e compreensão deste documento, a mesma encontra-se ordenada com: o corpo central do trabalho que enquadrará o tema, a sua pertinência, e devida bibliografia utilizada e os aspetos relevantes que dão resposta á nossa temática. Por fim, com a conclusão, procuro traduzir a importância que teve este momento de aprendizagem e as dificuldades/expectativas sentidas na elaboração do mesmo.

Não tenho dúvidas de que a realização deste documento deixará conhecimentos essenciais e pertinentes para a minha futura prática profissional, independentemente da especialidade do serviço onde me encontro a exercer. É de salvaguardar que veio também, oferecer momentos de enriquecimento numa temática bastante presente no âmbito deste estágio, e espero consegui-lo espelhar neste documento, redigindo de forma sucinta e explícita.

## 2. A problemática da dor na prestação dos Cuidados de Enfermagem em Cuidados Intensivos

Os autores *Dédrie, C. B., Jonckheere, J., Jeanne, M., e Nseir, S., (2016)* defendem que a dor ainda é considerado um evento frequente nos doentes sob terapia intensiva e a sua incidência é difícil de avaliar, mas pelo menos 50% dos doentes em contexto cirúrgico ou médico, sentem dor ao longo do período que permanecem na Unidade de Cuidados Intensivos. Existem diversos procedimentos de enfermagem que são considerados como os mais dolorosos e realizados na unidade: a remoção do tubo orotraqueal, a remoção de drenos, a cateterização arterial ou central, são aqueles procedimentos que têm um impacto negativo no sucesso e recuperação da condição do doente, provocando por vezes, distúrbios do sono, alterações psicológicas e até momentos de agitação. Salientam ainda que os sinais em resposta da sensação da dor, podem desencadear disfunções do sistema neurovegetativo e na secreção neuroendócrina. Considerando que a dor é um dos sintomas valorizados e tratados na população no seu quotidiano, é recomendada uma avaliação e monitorização rigorosa da dor principalmente em situação crítica.

A avaliação da dor é um processo útil para melhorar essencialmente o conforto do doente e com isso evitar o excesso da terapêutica sedativa e/ou analgésica, tornando-se assim uma tarefa ainda mais difícil quando nos direcionamos para o doente em situação crítica não comunicativos e sob sedação.

Com a análise do estudo realizado por *Souza e Cruz (2013)*, a avaliação dos doentes no pós-operatório de grandes cirurgias é um importante aspeto do papel do enfermeiro, visando a identificação das condições clínicas e a monitorização das complicações. As complicações mais frequentes e verificadas neste estudo, a dor foi a mais presente.

É no cérebro que tomamos consciência da dor, independentemente da localização da lesão. Contudo, antes de chegar ao cérebro, o sinal doloroso percorre todo o organismo, desde o local da lesão até ao sistema nervoso central (SNC), e até a sua perceção ser interferida por influências culturais, demográficas, psicossociais e clínicas. Existem dois tipos de células nervosas responsáveis por este circuito: os neurónios aferentes que transmitem o sinal doloroso do local da lesão para o SNC e os neurónios eferentes transmitem os sinais do SNC para os músculos, glândulas e órgãos.

*Filho, Caixeta, Stival e Lima (2012)*, defendem que no âmbito hospitalar a dor aguda de maior prevalência é a do pós-operatório, usualmente associada ao dano tecidual e que se pode manifestar de forma intensa ou moderada, com maior prevalência nas cirurgias extensas como as torácicas, abdominais e ortopédicas.

Segundo *Santos, Alves, Neto, Passos, Filho e Santana (2017)*, as queixas de dor, os parâmetros fisiológicos e as escalas de dor utilizadas para avaliar os comportamentos típicos dos doentes são os métodos disponíveis para a avaliação da dor, contudo, por vezes os doentes em situação crítica não conseguem comunicar de forma eficaz devido à sua condição, gravidade da doença, sujeitos a ventilação mecânica, sob efeito de sedativos e analgésicos e até mesmo com depressão do estado de consciência propositado. Assumem o autores que são estes os pormenores que nos dificulta a avaliação da dor segundo uma auto-avaliação do próprio doente, ou seja, é aconselhável o uso de escalas que têm como foco de atenção os indicadores comportamentais de dor. Além dos indicadores comportamentais de dor, existem os parâmetros fisiológicos: pressão arterial, frequência cardíaca, saturação de oxigénio no sangue, frequência respiratória, parâmetros estes que suscitam alguma dúvida no âmbito da quantificação da dor, devido à doença subjacente, tratamentos com inotrópicos e vasoconstritores.

*Batalha, Figueiredo, Marques e Bizarro (2013)*, garantem que a gravidade da situação clínica dos doentes com diminuição do estado de consciência, em ventilação mecânica, sob efeito de fármacos analgésicos e ou sedativos e com dispositivos de contenção, para além de comprometerem o auto-relato da dor dificultam a sua avaliação. No entanto, avaliar a dor dos doentes em UCI maioritariamente sedados e incapazes de verbalizarem as experiências dolorosas, é dos procedimentos mais desafiadores e complexos que os profissionais de saúde têm de desenvolver, o que por vezes provoca a sua subestimação. Destacam os autores, que as fontes de dor na UCI, são inúmeras, sofrem não só pela sensação de dor, mas pela gravidade do seu estado clínico, pela quantidade de cuidados de enfermagem sistemáticos, procedimentos invasivos de diagnóstico e tratamento, cirurgias e pela presença de dispositivos terapêuticos.

*Souza e Cruz (2013)*, esclareceram que a intensidade algica interfere precisamente com os valores das pressões arteriais, pois com o estudo por eles realizado verificou-se diminuição da dor e, conseqüentemente, redução dos níveis das pressões arteriais.

Segundo *Filho, Caixeta, Stival, Lima (2012)*, o controle da dor deve ser uma inquietação do enfermeiro e deve ser avaliada de forma abrangente, como a descrição de uma experiência dolorosa e suas repercussões no funcionamento biológico, emocional e comportamental do indivíduo. Para além disso, é de salientar que é de extrema importância o conhecimento e identificação dos fatores que contribuem para a melhoria das queixas álgicas, e para a seleção da respetivas estratégias de controlo dessa mesma dor. Coincidindo com os autores anteriores, *Souza e Cruz (2013)*, as habilidades e competências clínicas da enfermagem durante este período, são de extrema importância visto que estão diretamente ligadas ao estabelecimento do equilíbrio hemodinâmico, alívio da dor e prevenção de complicações.

Aos olhos de *Filho, Caixeta, Stival, Lima, (2012)*, está no papel do enfermeiro o conhecimento e a avaliação da dor aguda, momento este que poderá fornecer informações valiosas para outras pesquisas, a fim de aprimorar estratégias de acompanhamento e tratamento da dor na fase pós-operatória e implementar intervenções de enfermagem nas complicações pós-cirúrgicas que surjam. Realçam também que para a avaliação adequada da dor, o enfermeiro deve estar capacitado teoricamente e nas capacidades práticas para mensurar de forma precisa utilizando uma avaliação abrangente.

Conforme os mesmo autores defendem, a dor deve mesmo ser controlada e preferencialmente não deve existir na fase pós-operatória pois pode prejudicar a recuperação do paciente. Concluem que a presença de dor nas situações avaliadas pode variar de intensidade principalmente quando relacionada às diversas situações vivenciadas pelos doentes: no repouso, na inspiração profunda, na tosse e no estímulo de vômito. A tosse é um exemplo dos momentos onde há maior esforço, quanto maior for o esforço, maior é a intensidade da dor. Assim justificasse a importância da necessidade de manter a analgesia administrada de forma regular proporcionando conforto e a melhor recuperação ao paciente durante a fase pós-operatória.

O controlo da dor é uma atitude primária, para manter uma assistência integral no doente. São indicadas maioritariamente técnicas farmacológicas, com o objetivo de bloquear a transmissão, a percepção e a apreciação dos estímulos nociceptivos, que pode atingir diferentes níveis do SNC com a utilização de diferentes analgésicos. Dizem as autoras: *Souza e Cruz (2013)*, que é um cuidado da equipa da enfermagem a atenção sob

os sinais e sintomas dos doentes, a fim de proporcionar a melhor analgesia e conforto ao doente, como a administração medicamentosa conforme a prescrição para a manutenção da analgesia; cuidado e atenção para com os fatores que podem provocar maior dor: o desconforto no leito ou até o acesso venoso presente, contudo, evidenciam que disponibilizar tempo para conversar com o paciente é uma intervenção que pode amenizar uma “dor”, dor esta como uma manifestação de carência e fragilidade do próprio doente em relação à situação que vivencia.

### 3. A comunicação não verbal

De acordo com *Castro, Vilelas e Botelho, (2011)*, a presença de dor acarreta um aumento substancial do desconforto, além da impossibilidade, ou dificuldade em comunicar o seu sofrimento pelo uso comum e imperativo de artefactos e restrições impostas pelos métodos terapêuticos.

Da impossibilidade ou dificuldade de comunicação, surge a comunicação não verbal que segundo *Filho, Caixeta, Stival, Lima, (2012)*, é de extrema importância a atenção do enfermeiro sob a mesma, pois é primordial a identificação desses comportamentos expressivos como sinais de dor que o doente pode apresentar e validarem as informações da auto-avaliação da dor do próprio doente.

Podem ser observadas essas mesmas informações nas expressões faciais: olhos muito abertos ou fechados, o franzir das sobrancelhas, dentes cerrados; nas alterações vocais: gemidos, choros, gritos; nos movimentos corporais involuntários: agitação, imobilização e tensão muscular.

Os movimentos involuntários salientados anteriormente, e outras alterações involuntárias tais como: aumento da frequência cardíaca, da frequência respiratória, das pressões arteriais, constituem umas das manifestações do sistema nervoso autónomo expostas á complicação da dor, que ao surgirem confirmam e valorizam a sua presença, e são consideradas mais objetivas do que propriamente as informações verbais.

A avaliação da dor nos doentes críticos, com um nível de sedação considerável, há incapacidade de verbalização das suas experiências dolorosas, é assim um dos procedimentos mais desafiadores e complexos que os profissionais de saúde têm de desenvolver.

Transcrevendo isto em percentagens, concluiu a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) que apenas 25% das UCI em Portugal utilizam instrumentos de avaliação da dor adequados ao doente crítico.

Segundo a SPCI, e pelos resultados de *José António Pinho, Helena Carneiro e Fernando Alves* no Plano Nacional de Avaliação da Dor (PNAD), a dor em doentes críticos é comum e a sua gestão representa um desafio. Os profissionais de saúde frequentemente subestimam a dor do doente crítico, embora estejam conscientes da vulnerabilidade dos doentes perante os procedimentos dolorosos a que são submetidos continuamente durante o seu internamento numa UCI. Afirmam também que a dor do doente crítico não é considerada uma prioridade quando comparada com os outros sinais vitais.

Porém, com a recomendação da Direção Geral de Saúde emitida na Circular Normativa nº9/DGCG de 14/06/2003, que indica que a dor é o 5º sinal vital, transforma assim a sua gestão num direito do doente, um dever profissional e um passo fundamental para a efetiva humanização dos cuidados de saúde, determinando como norma de boa prática, que a presença de dor e a sua intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas. O sucesso da estratégia terapêutica depende da monitorização regular da dor em todas as suas vertentes.

O PNAD após diagnosticar que não existia uma uniformização de ferramentas de avaliação da intensidade da dor do doente internado nas UCI portuguesas, surge o objetivo de promover o desenvolvimento de competências dos profissionais de saúde na área da avaliação da dor. O Grupo de Avaliação da Dor (GAD) defende que a dor em doentes que não podem comunicar, deve ser avaliada pelo meio de observação de comportamentos, é desta forma imprescindível a designação de uma Escala Comportamental para avaliar a dor do doente adulto, submetido a VM, sedado e que não comunica de forma verbal e motora.

Concluíram com os resultados obtidos pelo plano implementado, várias recomendações:

- O nível de dor relatada pelo doente deve ser considerado o “gold standard” para a avaliação da dor e resposta à analgesia;
- O uso da EVN, recomendasse para avaliar a dor em doentes que comunicam;

- A dor em doentes que não comunicam, sedados e ventilados deve ser avaliada por meio subjetivo da observação de comportamentos utilizando a Behavioral Pain Scale (BPS);
- A avaliação da dor deve efetuar-se em todos os turnos e sempre que se justifique;
- A avaliação da dor deve realizar-se no início do turno ou antes de iniciar um procedimento doloroso (5-10 minutos);
- A avaliação da dor deve realizar-se durante a aplicação de um procedimento doloroso (ex. posicionamentos);
- A avaliação da dor deve realizar-se imediatamente após um procedimento doloroso (ex. aspiração de secreções endotraqueais);
- A avaliação da dor deve realizar-se 15 minutos após o procedimento doloroso;
- A avaliação da dor deve realizar-se 30 minutos após intervenção farmacológica analgésica;
- A avaliação da dor deve realizar-se 30 minutos após intervenção não farmacológica ou medida de conforto;
- Após a avaliação da dor, deve efetuar-se de imediato o seu registo, à semelhança dos outros sinais vitais.

#### 4. Behavioural Pain Scale (BPS)

Baseadas em indicadores comportamentais foram desenvolvidas escalas para detetar e avaliar a dor em doentes críticos com um bom grau de fiabilidade e validade tal como: a *Behavioural Pain Scale (BPS)*, a *Critical Care Pain Observation Tool* e a *Escala de Conductas Indicadoras de Dolor (ESCID)*.

A excelência deste plano foi reconhecida pela Ordem dos Enfermeiros (OE), considerando o plano um projeto pioneiro a nível mundial pois pretendia que todos os enfermeiros participassem na avaliação das propriedades das duas escalas comportamentais de avaliação da dor do doente crítico: a BPS e a ESCID e decidissem qual o instrumento a adotar a nível nacional. A unidade onde me encontro a realizar este primeiro contexto do Estágio Final, foi uma das unidades participantes deste plano, e em concordância com os resultados do estudo, encontra-se implementado na unidade, a BPS a escala considerada mais adequada e prática ao contexto e vivências clínicas ao longo dos cuidados realizados.

De acordo com *Batalha, Figueiredo, Marques e Bizarro (2013)*, existem várias escalas que foram desenvolvidas para avaliar a dor em doentes internados em UCI, submetidos a ventilação mecânica e incapazes de autoavaliarem a dor, mas os seus estudos são ainda insuficientes para que se possa recomendar uma delas. Contudo, a escala BPS, é a que reúne até hoje mais consenso para ser utilizada na prática clínica. Foi das primeiras escalas a ser usada para avaliar as experiências de dor em doentes incapazes de comunicar verbalmente e é atualmente uma das mais estudadas.

A BPS foi desenvolvida em 1997 no Hospital Albert Michallon em Grenoble-França, com base no estudo de Puntillo *et al.* Com este estudo destacou-se a relação entre a expressão facial, movimento dos membros superiores e a adaptação ao ventilador com o auto-relato de dor em doentes cirúrgicos. Escala esta, que em que cada indicador subdivide-se em quatro descritores de comportamento, indicando ausência de dor com pontuação 1, a um máximo de dor com pontuação 4. A pontuação total varia entre os 3 pontos que corresponde a sem dor, e os 12 pontos, como dor máxima. A sua utilização e preenchimento estimasse pelos 2 a 5 minutos.

De acordo com os autores *Dédrie, C. B., Jonckheere, J., Jeanne, M., e Nseir, S., (2016)*, a escala comportamental da dor (BPS) é uma das escalas que fornece uma validade e confiabilidade satisfatória para avaliação e monitorização da dor nos casos da inexistência da comunicação verbal. No entanto, apresenta algumas limitações: a variabilidade entre avaliadores; é impossível utilizar em doentes sob agentes bloqueadores neuromusculares e a probabilidade da avaliação descontinuada da dor. Mas, mais pertinente ainda é a interpretação realizada com a avaliação, considerando apenas a componente física da dor, o que não determina em altura alguma o nível de ansiedade e/ou desconforto.

Segundo os autores *Batalha, Figueiredo, Marques e Bizarro, (2013)*, os fármacos e/ou relaxantes musculares utilizados para o conforto do doente, a condição física em que se encontra, as contenções por vezes necessárias para a sua segurança influenciam a capacidade do doente exibir os movimentos dos membros. Evidencia-se aqui a necessidade de mais estudos em volta desta escala de forma a confirmarem a sua real validade, fiabilidade e utilidade clínica. Apesar de todos os parâmetros indicarem a escala como válida e confiável, não é uma escala perfeita, visto não informar sobre a qualidade, tipo, ou localização da dor.

Conforme os autores anteriores defendem, os indicadores de dor fisiológicos e comportamentais, por si só, não são específicos de dor. A avaliação da dor nos doentes que não comunicam verbalmente requer uma competência que tem de ser treinada pela exigência de uma abordagem abrangente que incorpora, mesmo que de forma subjetiva, a interferência dos fatores que podem intervir nas manifestações comportamentais e fisiológicas associadas a dor.

O Artigo dos autores *Dédrie, C. B., Jonckheere, J., Jeanne, M., e Nseir, S., (2016)*, sublinha que pelas recentes diretrizes da prática clínica para a monitorização da dor, agitação e delirium em doentes adultos e internados numa unidade de cuidados intensivos, declararam que a BPS demonstra validade e confiabilidade suficientes para avaliar a dor nesses doentes, e quando incapazes de comunicar. Tendo em conta o estudo por eles realizado, não se verifica correlação entre ANI e a BPS, isto porque o ANI pode detetar eventos dolorosos que não resultam em modificações significativas e capazes de se verificarem nos sinais comportamentais facultados para avaliação pela BPS, e também porque o ANI não avalia apenas a dor, mas também avalia a dimensão neuropsicológica da dor: o stress e o desconforto. Tem mais uma vantagem: é eficaz em pacientes paralisados e consegue fornecer valores instantâneos e contínuos e totalmente objetivos, no que difere da BPS.

No entanto, a BPS demonstra ser uma escala válida e fiável para o uso em doentes adultos submetidos a VM e incapazes de se autoavaliarem. Porém, são importantes mais estudos que verifiquem a sua validade e fiabilidade da escala em populações heterogêneas e representativas das situações mais comuns numa UCI, em amostras de maior dimensão e em doente com um maior intervalo de dor.

## 5. ANI (Analgesia Nociception Index)

Segundo *Chanques, G., Delay, J. M., Garnier, O., et al. (2018)*, a avaliação da dor é considerada como um processo desafiador nos doentes submetidos a cuidados intensivos, sedados e muitas vezes, incapazes de comunicar. Segundo os autores, para os doentes em situação crítica, são recomendadas ferramentas avaliativas comportamentais de dor para detectar dor e posteriormente ajustar a terapêutica analgésica.

O ANI (Analgesia Nociception Index), é uma tecnologia recente e que permite uma avaliação/medida direta da atividade do Sistema Nervoso Autônomo (SNA). Perante os autores mencionados anteriores, o ANI é uma ferramenta eletrofisiológica que avalia a intensidade da dor usando os valores da variabilidade da frequência cardíaca, com o reconhecimento e percepção do equilíbrio entre as componentes parassimpáticas e simpáticas do SNA.

O SNA é responsável pelas ações espontâneas do corpo, como a respiração, a frequência cardíaca, a processo digestivo, a regulação da temperatura corporal, entre várias outras funções, concebidas pelo Sistemas Nervoso Simpático e Parassimpático, constituintes do SNA.

A análise da Componente Parassimpática do SNA, são os dados que são traduzidos pelo ANI, as variações breves e rápidas da frequência cardíaca induzidas por cada ciclo respiratório (espontâneo ou artificial) permitem a quantificação do tônus parassimpático. A regulação da frequência cardíaca pelo SNA é influenciada pela respiração. As oscilações rítmicas produzidas pela respiração, arritmia sinusal respiratória, ou seja, com a inspiração há inibição temporária da influência do sistema nervoso parassimpático o que provoca uma aceleração da frequência cardíaca. Por outro lado, a expiração estimula o sistema nervoso parassimpático e induz uma diminuição da frequência cardíaca. Segundo os autores, *Dédrie, C. B., Jonckheere, J., Jeanne, M., e Nseir, S., (2016)*, sabendo que a dor afeta a atividade do SNA, a análise da variabilidade e alterações da frequência cardíaca fornece um substituto útil para a avaliação da dor.

No entanto, além de qualquer influência externa, o coração tem o seu ritmo cardíaco, regular, induzido por um pacemaker natural, o nó sinusal, localizado no tecido auricular direito, conectado ao SNA pelas suas características da componente simpática (processo acelerador) e pela componente parassimpática (processo regulador). Estas ações do SNA induzem alterações da frequência cardíaca. Pelos autores *Turana, G., Ara, A. Y., Kuplaya, Y.Y., et al. (2017)*, o Índice de Analgesia e Nociceção é assim calculado pela mensuração da alteração do equilíbrio nociceção-antinociceção, refletindo-se na frequência cardíaca simultaneamente.

Segundo os autores anteriores e *Abdullayev, R., Uludag, O. e Celik, B., (2019)*, defendem que em condição cirúrgica a percepção de dor do doente durante a monitorização da anestesia pode ser observada mediante o aumento da pressão arterial

e/ou da frequência cardíaca. É assim que com a análise matemática destas variações instantâneas, o ANI nos traduz em valores numéricos. A variabilidade da frequência cardíaca (VFC) segundo os autores *Beng, R.I., Julien, M., De'cary, E., et al. (2017)*, é calculada a partir do eletrocardiograma (ECG) e é baseada numa análise algorítmica do intervalo de onda RR. Segundo os autores, num procedimento de indução anestésica geral, estável e sem estímulos cirúrgicos, o tônus parassimpático predomina o que provoca a VFC alta. Quando o tônus é alterado por um estímulo doloroso, o intervalo de onda RR varia e a VFC diminui. Aquando uma anestesia endovenosa total, a VFC diminui após estímulos dolorosos, mas permanece inalterada com a administração prévia de analgesia adequada.

A análise da VFC é o método reconhecido para avaliar como o SNA regula o sistema cardiovascular. As oscilações num curto espaço de tempo da frequência cardíaca são o reflexo da atividade dos sistemas nervosos simpático e parassimpático. Tal como *Dédrie, C. B., Jonckheere, J., Jeanne, M., e Nseir, S., (2016)*, ressaltam vários estudos anteriores demonstraram que o Índice de Analgesia e Nociceção refletem a resposta parassimpática a eventos nocivos, como durante uma estimulação dolorosa.

O ANI traduz um valor numérico que evolui entre 0 e 100, quantificando a atividade da componente parassimpática do SNA. E tendo em conta o que defende *Turana, G., Ara, A. Y., Kuplaya, Y.Y., et al. (2017)*, o ANI produz um valor numérico único e contínuo, pode ser um parâmetro importante durante a monitorização do nível de analgesia. Além de que o ANI pode desempenhar um papel na previsão do nível de dor.

Concordantemente, os autores *Abdullayev, R., Uludag, O. e Celik, B., (2019)*, refletem o mesmo intervalo numérico que traduz a atividade parassimpática, isto é, os valores menores e maiores significam, respectivamente, baixa e alta atividade parassimpática. Ou seja, a dor resulta no predomínio da atividade simpática, de modo que os valores do ANI diminuem com a dor.

Tendo em conta o que os autores *Dédrie, C. B., Jonckheere, J., Jeanne, M., e Nseir, S., (2016)*, defendem: na prática clínica, os valores de ANI próximos a 100 correspondem a um importante tônus parassimpático que pode ser associado a um alto nível de conforto. Em contrapartida, baixos valores de ANI são assim associados a uma diminuição do tônus parassimpático, surgindo em situações de dor, desconforto e ansiedade.

De acordo com literatura, são quatro intervalos a considerar: 0-30 dor intensa, 30-50 dor moderada; 50-70 confortável; 70-100 sem dor e sem necessidade de analgesia.

De acordo com a recomendação do fabricante, os sensores ANI são dois, e colocados sobre o tórax do doente na parte superior do esterno e na derivação V5 do eletrocardiograma padrão, entre o 8º e 9º espaço intercostal da linha axilar média esquerda, conforme observado na figura 1.

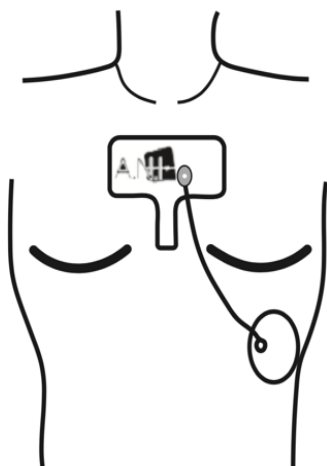


Figura 1 - Posição do eletrodo ANI. (Abdullayev, R., Uludag, O., Celik, B. (2019). Índice de Analgesia/Nocepcão: avaliação da dor aguda pós-operatória)

O Monitor do ANI, subdivide-se em três janelas: inferior, intermédia, superior tal como é observado na figura 2, facilitando três monitorizações distintas: sinal de ECG, Frequência Respiratória normalizada, centrada na média e filtrada e por fim a curva de tendência ANI, respetivamente.



Figura 2 - Monitor ANI. ([www.mdoloris.com/en/technologies/ani-analgesia-nociception-index/](http://www.mdoloris.com/en/technologies/ani-analgesia-nociception-index/))

Esta tecnologia foi também desenvolvida para fornecer uma monitorização da analgesia aos profissionais de saúde e possibilitando o cumprimento dos requisitos da prática clínica de rotina, tornando-se, prático, de fácil interpretação, confiável e de uso contínuo.

*Abdullayev, R., Uludag, O. e Celik, B., (2019)*, destaca que embora o ANI tenha sido produzido e introduzido maioritariamente para avaliar a dor intraoperatória, com a sua utilização nos cuidados Pós-Anestésicos verifica-se uma boa correlação com medidas subjetivas de dor.

De acordo com *Turana, G., Ara, A. Y., Kuplaya, Y.Y., et al. (2017)*, um paciente sem dor apresentará um tônus parassimpático dominante. Normalmente, o ANI varia de entre 0 e 100, mas quando a atividade parassimpática é dominante, o ANI mostra valores acima de 50. Quando a dor é percebida, o sistema simpático será dominante e o valor do ANI diminui e é inferior a 50. Sob anestesia geral, considera-se a o intervalo 50 a 70, como o nível adequado de analgesia. Num paciente consciente, enquanto os valores mais altos são indicativos de analgesia, nos valores mais baixos o stress psicológico pode ser contabilizado e o ANI pode perder a sua confiabilidade.

*Boselli. E., Logier, R., Bouvet, L., Allaouchiche. B., (2015)* também concordam que valores altos de ANI indicam tônus parassimpático proeminente, como observado durante analgesia adequada, em pacientes anestesiados e acordados. Em caso de nociceção, o tônus simpático aumenta e o tônus parassimpático diminui, levando à diminuição dos valores de ANI e reatividade hemodinâmica. A necessidade ou não de analgesia varia entre os pacientes. No entanto, certos medicamentos analgésicos, de ação rápida como o Remifentanil, o anestesiológista deve ser capaz de adaptar o efeito do medicamento à nociceção dentro de um período muito curto. Sabendo os valores de ANI diminuem após estimulação nociva e aumentam após administração de opióides.

No entanto, embora as respostas de ANI à estimulação nociva variem de acordo com o nível de analgesia fornecido, variações dinâmicas do ANI proporcionam melhor desempenho que os valores estáticos para prever a reatividade hemodinâmica durante a anestesia geral com Desflurano/Remifentanil. Nesse contexto, uma diminuição do ANI em mais ou igual a 19% em 1 minuto tem uma alta probabilidade (ROC da AUC =

0,90) para prever um aumento em mais de 20% da FC e / ou PAS nos próximos 5 minutos. Estas conclusões ajudam e interessam para a adaptação individual da administração de doses de Remifentanil guiadas pela variação do ANI durante a anestesia geral.

Estudos adicionais que comparam a administração padrão á de Remifentanil guiada por ANI, consideram necessário para a avaliação do benefício clínico da monitorização da analgesia por proporcionar melhor estabilidade hemodinâmica durante a anestesia geral Desflurano/Remifentanil.

No entanto, embora a deteção da reatividade hemodinâmica possa ser interessante durante a anestesia geral, a capacidade de monitorização da analgesia de forma a prever a resposta hemodinâmica pode ser de maior e melhor interesse para o anestesiolologista, a fim de otimizar a administração de analgésicos.

Constata-se assim, que a complementaridade dos cuidados e atitudes no âmbito da avaliação e prevenção da dor, revelaram ser indispensáveis e deveras importantes para o aumento do conforto e a qualidade da condição do doente estando ou não sob terapêutica sedativa. A Unidade de Cuidados Intensivos onde iniciei o presente Estágio Final mantém um Estudo Mecanicista Observacional Prospetivo, estudo que visa compreender e salientar um mecanismo, segundo a observação de causa-efeito da temática, não randomizado e não controlado, em curso: “O Controlo da dor em doente pós-cirúrgicos admitidos no serviço de Medicina Intensiva, segundo os valores do Analgesia Nociception Index (ANI) – Uma autonomia de Enfermagem”. Pretendem demonstrar, evidenciar e validar um protocolo de analgesia em regime de autonomia, utilizando administração de um Bólus de Fentanilo e monitorização do ANI em doentes Pós-Cirúrgicos. É de ressaltar, que o presente estudo e todos os dados à frente descritos já foram apresentados no VI Congresso Internacional de Cuidados Intensivos / XVI congresso do Arco IberoAtlântico, nos dias 1 e 2 de abril de 2019.

Optaram por uma amostra de doente cirúrgicos, admitidos ventilados e sedados com RASS menor ou igual a 3. Antes de se iniciar os cuidados de enfermagem em cada turno (cuidados de higiene, posicionamento, aspiração de secreções, e realização de pensos) procedeu-se à administração de 0.05 mg de Fentanilo se valores <50. Os valores instantâneos e médios resultantes, foram continuamente assinalados e gravados durante os procedimentos, bem como os Bólus de Fentanilo administrados, e ainda

outros parâmetros: a idade, sexo, motivo de admissão; o SAPS II, o NEMS, o tempo de internamento e os resultados obtidos.

Após o contabilização de 62 doentes e sob o estudo, 65% eram do sexo masculino e tinham uma idade média de  $58,5 \pm 18,5$  anos. O tempo médio de internamento foi cerca de  $5,1 \pm 7,2$  dias, estando todos sob sedação de Propofol e analgesia trimodal (56%) ou bimodal. Tendo em conta todos os cuidados em estudo: 69 foram referentes ao posicionamento; 37 à aspiração de secreções; 44 aos cuidados de higiene e 15 à realização de pensos. Detetaram que um dose de Fentanilo foi suficiente para controlar a dor e o desconforto durante a prestação dos cuidados, todavia em particulares cuidados: nos posicionamentos 72% dos doentes apresentaram descida do ANI com necessária administração de Fentanilo; tendo acontecido de igual forma em 84% dos doentes no cuidado da aspiração de secreções, 82% nos cuidados de higiene e 73% na realização de pensos.

Com estes valores e Cuidados de Enfermagem, o grupo de trabalho da UCIP, concluiu e verificou a eficácia na monitorização e avaliação da dor e desconforto em doentes pós-cirúrgicos com incapacidade de comunicar. A autonomia analgésica com Fentanilo na dose protocolada e de acordo com os valores do ANI permitiu controlar a dor e promover o melhor conforto na totalidade dos doentes e sem efeitos adversos registado.

Salientaram também, que tendo em conta a diminuta amostra utilizada, sendo um estudo mecanicista, para ultrapassar esta limitação deveriam ser considerados mais estudos.

## 6. Conclusão

Os doentes em UCI, são doentes de extrema vulnerabilidade, que por vezes não apresentam capacidade para manifestar os seus medos, sensações, ou dores, tornando-se totalmente dependentes dos profissionais de saúde que os acompanham durante todo o internamento.

Tendo em conta a exigência dos seus cuidados e perante as situações de risco de vida nos cuidados intensivos, é redobrada a nossa atenção sob os parâmetros sujeitos a rápidas alterações consequentes da sua situação crítica. Todavia, mesmo na presença da sedação e analgesia, a concentração do profissional de saúde deve direcionar-se para a total condição do doente, uma atitude primordial dos nossos cuidados em qualquer circunstância da nossa função como Enfermeiro. Na evolução do doente sujeito a cuidados intensivos, apesar de estes estarem submetidos a VMI, os indicadores de comportamento são o meio de comunicação mais aceitável nestas situações, o que permite uma avaliação do desconforto e/ou dor do doente quando submetido a técnicas invasivas ou aos próprios cuidados de enfermagem mais comuns, especialmente quando a terapêutica não está adequada às suas necessidades.

O dispositivo usado para a avaliação do ANI, é totalmente invasivo, de fácil de uso e manuseio. O uso deste dispositivo nos cuidados intensivos mesmo sendo um medida altamente variável e rápida, pode ser útil e uma mais valia para a melhoria da qualidade dos cuidados, para a redução da dor ou desconforto do doente sob cuidados intensivos. Reconhece-se facilmente que a utilização do dispositivo que avalia o ANI como um método potencialmente interessante para melhoria contínua do conforto em doentes realmente debilitados e sob cuidados intensivos. Desta forma, o ANI é visto como uma ferramenta eficaz para a avaliação da dor em doentes em situação crítica e sob sedação.

É assim essencial a valorização do que é observado, importante a sua melhor quantificação possível, a fim de instituir medidas adequadas no controlo da dor registando o que foi observado e realizado, bem como a resposta às medidas tomadas para que haja continuidade de cuidados.

A avaliação da dor é algo imprescindível para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e para benefício do doente, o seu máximo conforto. O controlo da dor

exige que seja orientado por uma avaliação e seguida de reavaliação com recurso a escalas válidas e precisas, tal como a BPS, e quando associada ao dispositivo que nos facultava os valores do ANI, mais completa se torna a nossa avaliação e prevenção. Este é o processo demonstrado pelos profissionais de saúde da unidade onde estive estas últimas semanas, onde permanecem em trabalho para dignamente demonstrarem e protocolarem uma autonomia ao Enfermeiro na avaliação, prevenção e tratamento da dor durante cuidados ao doente em situação de crítica. Escolheram uma amostra de doentes sujeitos a procedimentos cirúrgicos e de onde têm obtido excelentes resultados e em parte concordantes com a evidência científica consultada.

É importante e crucial o incentivo para com a equipa de enfermagem: o uso de escalas válidas e mais adequadas à condição do doente e de dispositivos que valorizam uma avaliação mais objetiva, com a finalidade de melhorar os cuidados e consequentemente a promoção do bem estar físico e social de todos os contribuintes nesta tarefa. Desta forma, com um fundo monetário resultante de um projeto institucionalizado no hospital, foi motivo para melhorarem e avançarem para a melhoria no âmbito desta temática: A Dor. Como meio de melhorar e complementar as avaliações e atitudes secundárias à sua avaliação, foi solicitado o investimento num dispositivo tecnológico, numa aplicação tecnológica de avaliação de dor, dinâmica e capaz de se adequar às diversas condições possíveis do doente, como por exemplo: sob sedação leve; desmame sedativo; acordado mas com dificuldade na comunicação pela presença de tubo orotraqueal, articulação das palavras, etc, com o objetivo de se manter a colaboração do doente e de alguma forma estimular a sua auto-avaliação que apesar de mais subjetiva, é a sua.

Assim, sensibilizo para a atenção e realização deste temática, que com base na informação tratada, não é pela impossibilidade do auto-relato da dor do doente que há impedimento da correção de qualquer nível de dor e da promoção do seu máximo conforto.












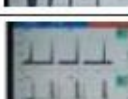
## 7. Referências Bibliográficas

- Abdullayev, R., Uludag, O. e Celik, B., (2019). Índice de Analgesia/Nocicepção: avaliação da dor aguda pós-operatória. *Revista Brasileira de Anestesiologia – Sociedade Brasileira de Anestesiologia*, pp. 396-402. [Versão Eletrônica] Acedido a 5 de Outubro de 2019, em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0034709418303842?token=26AF31AD80FB5A4D526C2BA758127D92267D51B975B9F933D8C219AD86A627B906DD9982A17F509B50A209685FE74BB6>.
- Batalha, L. M. C., Figueiredo, A. M., Marques, M., Bizarro, V., (2013) Adaptação cultural e propriedade psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP/PT) - *Revista de Enfermagem Referência III Série – N.º 9 – Mar.2013*. [Versão Eletrônica] Acedido a 7 de Outubro de 2019, em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0874-02832013000100001&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0874-02832013000100001&lng=pt&nrm=iso).
- Beng, R.I., Julien, M., Dé'cary, E., et al. (2017). Evaluation of the analgesia nociception index (ANI) in healthy awake volunteers. pp. 828–835. [Versão Eletrônica] Acedido a 5 de Outubro de 2019, em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=14&sid=cf1e2d88-4062-4630-9d8c-03120bd6bafd%40sessionmgr103>.
- Castro, C., Vilelas, J., Botelho, M. A. R., (2011). A Experiência Vivida da Pessoa Doente Internada Numa UCI: Revisão Sistemática da Literatura – *Pensar Enfermagem Vol. 15 N.o 2 2º semestre de 2011*. [Versão Eletrônica] Acedido a 5 de Outubro de 2019, em: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Pensar%20Enfermagem15\\_2sem\\_41\\_59%281%29.pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Pensar%20Enfermagem15_2sem_41_59%281%29.pdf).
- Chanques, G., Delay, J.M., Garnier, O., et al. (2018). Is there a single non-painful procedure in the intensive care unit? It depends!. pp. 528-530. [Versão Eletrônica] Acedido a 5 de Outubro de 2019, em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=cf1e2d88-4062-4630-9d8c-03120bd6bafd%40sessionmgr103>.
- Dédrie, C. B., Jonckheere, J., Jeanne, M., e Nseir, S., (2016). Measurement of Heart Rate Variability to Assess Pain in Sedated Critically Ill Patients: A Prospective Observational Study. *Marco Gemma, Scientific Inst. S. Raffaele Hosp., ITALY*.

- [Versão Eletrónica] Acedido a 5 de Outubro de 2019, em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=cf1e2d88-4062-4630-9d8c-03120bd6bafd%40sessionmgr103>.
- International Association for the Study of Pain (IASP, 1994). Classification of Chronic Pain: Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms. IASP Press. Acedido a 5 de Outubro de 2019 em: <https://www.dor.com.pt/static-page/o-que-e-dor>.
  - Santos, I. F. A., Alves, I. G. N., Neto, M. L. de C., Passos, D. B., Filho, et al. (2015). Validação da versão Brasileira da Escala Comportamental de Dor (Behavioral Pain Scale) em adultos sedados e sob ventilação mecânica. *Revista Brasileira Anestesiologia* - 2017;67(3):271---277, pp. 272-277. [Versão Eletrónica] Acedido a 5 de Outubro de 2019, em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S003470941730079X?via%3Dihub>.
  - Souza, C. dos S. de, Cruz, I. (2013). Cuidados de enfermagem no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca - revisão sistematizada da literatura. *Journal of Specialized Nursing Care* - Vol 6, No 1 (2013). [Versão Eletrónica] Acedido a 21 de Maio de 2019, em: <http://www.jsncare.uff.br/index.php/jsncare/article/view/2545/575>.
  - SPCI, (2016), Resultados – Relatório Final do Plano Nacional de Avaliação da Dor. [Versão Eletrónica] Acedido a: 7 de Outubro de 2019 em: [https://spci.pt/files/2016/03/Relatorio\\_Final\\_GAD.pdf](https://spci.pt/files/2016/03/Relatorio_Final_GAD.pdf).
  - Turana, G., Ara, A. Y., Kuplaya, Y.Y., *et al.* (2017). Índice de analgesia/nociceção para monitorização da analgesia perioperatória na cirurgia da coluna vertebral. *Revista Brasileira de Anestesiologia – Sociedade Brasileira de Anestesiologia*, pp. 370-375. [Versão Eletrónica] Acedido a 5 de Outubro de 2019, em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034709417301630?via%3Dihub>.
  - Direção Geral de Saúde emitida na Circular Normativa nº9/DGCG, (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Lisboa. Acedido a 5 de Outubro de 2019, em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>

## 8. Anexos

## ANEXO I: Behavioural Pain Scale (BPS)

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

Batalha, Figueiredo, Marques e Bizarro (2013)