

6º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica
Relatório de Estágio

O *Handover* na Sala de Reanimação
Intervenção especializada de enfermagem na promoção da
segurança da pessoa vítima de trauma

André Ricardo Correia Martins

Lisboa
2018

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, featuring several thick, curved green lines that sweep upwards and to the right, creating a sense of dynamic movement.

6º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica
Relatório de Estágio

O *Handover* na Sala de Reanimação
Intervenção especializada de enfermagem na promoção da
segurança da pessoa vítima de trauma

André Ricardo Correia Martins

Orientador: Mestre Sónia Ferrão

Lisboa
2018

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



*“Without effective communication,
competent individuals form an incompetent team”*

Lingard, 2012, p.18

*“Preventing mishaps and mistakes is central to the nursing role.
Nurses are at the sharp end of patient care and are the patient’s last
defence against patient care error or unprevented hazards”*

Benner, 2011, p. 409

AGRADECIMENTOS

À Professora Sónia Ferrão, pelo apoio, estímulo e confiança que sempre soube transmitir, bem como pela disponibilidade, e cujos conselhos possibilitaram o meu crescimento, e a conclusão deste percurso.

À Professora Cândida Durão pelo suporte e pelo incentivo na prossecução deste objetivo.

Aos Enfermeiros orientadores: Carlos, Silvana e Fernando, um muito obrigado pela partilha e orientação.

Ao meu Enfermeiro Chefe de Serviço e orientador Enfermeiro Carlos Neto, um especial agradecimento, pelo incentivo, ajuda, disponibilidade e compreensão.

Ao meu amigo e colega Luís Tomé, cúmplice e companheiro neste percurso, por todo o apoio e suporte.

À minha família por sempre acreditarem no meu sucesso.

Aos meus sogros José Filipe e Margarida de Fátima Marques, sem os quais este percurso não teria sido possível e a quem não tenho palavras suficientes para agradecer.

À minha mulher Catarina, pela compreensão demonstrada nos momentos de ausência, o apoio e o carinho, e sem a qual este percurso tinha sido impossível.

SIGLAS e ABREVIATURAS

ACS – American College of Surgeons

APA – American Psychological Association

APACHE – Acute Physiology and Chronic Health Evaluation

ATCN – Advanced Trauma Care for Nurses

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BIS- Bispectral Index

BPS - Behavioural Pain Scale

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CT- Centro de Trauma

CVC – Cateter Venoso Central

Dec. Lei – Decreto de Lei

DGS – Direcção-Geral de Saúde

ECG- Eletrocardiograma

ECMO – ExtraCorporeal Membrane Oxygenation

EEEPSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

ENA – Emergency Nurses Association

Enf.^a – Enfermeira

Enf.^o - Enfermeiro

EPI – Equipamentos de Proteção Individual

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EVN- Escala Visual Analógica

Ex. - Exemplo

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

JCI – Joint Commission International

NAS – Nursing Activities Score

nº - Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – página

PAV – Pneumonia Associada à Ventilação

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RASS – Richmond Agitation-Sedation Scale

RHUE- Rede Hospitalar de Urgência/ Emergência

RTS – Revised Trauma Score

Rx – Raio-X

SAPS – Simplified Acute Physiology Score

SO – Sala de Observação

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

STN – Society of Trauma Nurses

SU – Serviço de Urgência

SUB – Serviço de Urgência Básico

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TISS – Therapeutic Intervention Scoring System

TNCC – Trauma Nursing Core Course

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VMER – Viatura Médica de Emergência e Ressuscitação

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VNI – Ventilação Não-Invasiva

RESUMO

A problemática do trauma tem sido, nos últimos anos, alvo de preocupação nacional e internacional, devido às elevadas taxas de mortalidade e morbilidade que acarreta, e em virtude do grande peso económico e social consequente.

A estruturação da informação transmitida entre profissionais, nomeadamente enfermeiros, em momentos de transferência de cuidados (definidos na literatura como *handover*) assegura a continuidade dos cuidados e promove a segurança da pessoa em situação crítica (PSC), designadamente daquela vítima de trauma. Das várias mnemónicas existentes na literatura, a ISBAR, é a que reúne maior consenso internacional, sendo desde 2017, recomendada também pela Direcção-Geral de Saúde (DGS, 2017).

Para assegurar uma abordagem adequada e a instituição atempada de cuidados à pessoa vítima de trauma, é necessário que os profissionais possuam conhecimentos e competências específicas na sua abordagem e, nomeadamente, competências comunicacionais que permitam otimizar o *handover*.

Este relatório pretende demonstrar o desenvolvimento de competências essenciais à obtenção do grau de mestre em enfermagem na área de especialização à PSC, através da análise crítico reflexiva do percurso de estágio realizado em contextos de Unidade de Cuidados Intensivos e Serviço de Urgência, tendo como ponto de partida um projeto centrado na promoção da segurança dos cuidados à pessoa vítima de trauma, em particular, nos momentos de *handover*.

A mobilização das recomendações provenientes de entidades nacionais e internacionais, a par e passo com a partilha, discussão e sensibilização de colegas sobre a necessidade de padronizar o *handover* ao longo deste percurso de desenvolvimento de competências, possibilitou a implementação de uma norma no meu contexto laboral, utilizando a mnemónica ISBAR.

Palavras-Chave: Pessoa vítima de trauma, *Handover*, Serviço de Urgência; Segurança do Doente.

ABSTRACT

In recent years, trauma has been a matter of national and international concern due of the high rates of mortality and morbidity it causes, and because of the great economic and social weight that leads from them.

The structuring of information transmitted between professionals, namely nurses, at times of transfer of care (defined in the literature as *handover*), ensures continuity of care and promotes the safety of the critically ill, especially the trauma victim. Of the various mnemonics in the literature, ISBAR is the one that has the greatest international consensus, and since 2017 it has also been recommended by Direção-Geral da Saúde (DGS, 2017).

To ensure an appropriate approach and the timely provision of care to the trauma victim, professionals must have specific knowledge and skills towards the assessment and, specifically, communicational skills to optimize *handover*.

This report intends to demonstrate the development of essential competences to obtain the master's degree in nursing, in the area of specialization of critically ill person, through the critical analysis of the course carried out in the intensive care unit and emergency service contexts, having, as a starting point, a project focused on promoting the safety of care for the trauma victim, particularly, during *handover*.

The mobilization of recommendations from national and international entities, along with the sharing, discussion and awareness of colleagues about the need to standardize *handover*, along this competency development path, made possible the implementation of a norm in my working context, using the ISBAR mnemonics.

Keywords: Trauma, Handover; Emergency Service, Patient Safety;

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1 – REVISÃO DA LITERATURA E CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA.....	15
1.1 - Cuidar da Pessoa em Situação Crítica Vítima de Trauma	15
1.2 – A Comunicação Efetiva como Competência Diferenciada	19
1.3 - O <i>Handover</i> na Promoção da Segurança da Pessoa em Situação Crítica	20
1.4 - O <i>Handover</i> na Sala de Reanimação.....	23
1.5 - Intervenção Especializada do Enfermeiro à Pessoa em Situação Crítica	24
2 – PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	27
2.1 – A Unidade de Cuidados Intensivos	27
2.1.1 – Contexto de Estágio I.....	29
2.1.1.1 – Objetivos e Atividades Desenvolvidas	30
2.1.2 – Contexto de Estágio III.....	39
2.1.2.1 – Objetivos e Atividades desenvolvidas.....	40
2.2 – O Serviço de Urgência	43
2.2.1- Contexto de Estágio II	45
2.2.1.1 – Objetivos e Atividades	45
2.2.2 – Contexto de Estágio IV	48
2.2.2.1 – Objetivos e Atividades desenvolvidas.....	49
3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
APÊNDICES	
APÊNDICE I – ESTRATÉGIA DE PESQUISA E SELEÇÃO DE ARTIGOS PARA REVISÃO DA LITERATURA	
APÊNDICE II – CRONOGRAMA DO ESTÁGIO FINAL	
APÊNDICE III – DIAPOSITIVOS DA AÇÃO DE FORMAÇÃO NO CONTEXTO I	
APÊNDICE IV - PLANO DE SESSÃO	
APÊNDICE V - FOLHA DE AVALIAÇÃO DE DIAGNÓSTICO	
APÊNDICE VI - ANÁLISE DO DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	
APÊNDICE VII – FOLHA DE AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE FORMAÇÃO	
APÊNDICE VIII – ANÁLISE DA AVALIAÇÃO DA SESSÃO	
APÊNDICE IX - FOLHA DE <i>HANDOVER</i> DO CHEFE DE EQUIPA	
APÊNDICE X - FOLHA DE <i>HANDOVER</i> DO ENFERMEIRO	

ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1 - Distribuição Trimodal de Mortes.....	17
Figura 2 - Distribuição Tetramodal de Mortes	17
Figura 3 - Mapa dos SU em Portugal Continental por Tipologia	43
Figura 4 -Mapa dos SU na Região de Lisboa e Vale do Tejo por Tipologia.....	44

Tabela 1 - Lista de Mnemónicas associadas ao contexto de urgência/ emergência (adaptado de Riesenberger, Leitzsch, & Little, 2009)	22
---	----

INTRODUÇÃO

O ciclo de estudos conducente ao grau de mestre prevê, entre outras, a aquisição ou o desenvolvimento demonstrado de competências, através de um estágio de natureza profissional, objeto de um relatório final alvo de apreciação e discussão pública (Decreto-Lei 74/2006). Neste sentido, o presente documento emerge dessa necessidade, procurando, através de uma análise reflexiva, demonstrar o percurso de desenvolvimento de competências na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, do Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Partindo do meu percurso profissional e dos contextos em que ele se insere (Serviço de Urgência Polivalente de um Hospital Central da área de Lisboa, e Bloco Operatório de um Hospital Privado na área de Lisboa), centrei o projeto de estágio na temática da transmissão de informação entre profissionais, nomeadamente em momentos de *handover*, com particular enfoque no *handover* de pessoas vítimas de trauma.

A enfermagem muito tem evoluído para além das suas raízes religiosas e é hoje uma profissão com formação científica e uma prática de expressão humanista assente num processo complexo de articulação de princípios científicos e subsequente a um compromisso profissional que garante a preservação da dignidade e liberdade humanas (Vieira, 2008).

Apesar de o ato de cuidar ser inerente ao ser humano, é a necessidade de cuidados profissionais que têm sido o motor do desenvolvimento da profissão, sendo que os seus processos e modelos variam de cultura para cultura, mediante a sua estrutura social e os seus valores (Vieira, 2008).

A formação pós-graduada, particularmente o ciclo de estudos conducente a grau de mestre, possibilita a aquisição de uma especialização de natureza profissional, promotora de uma melhoria nos cuidados prestados. O enfermeiro especialista deverá ser o profissional de enfermagem *“com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão”* (OE, 2010, p.2).

Desde o início da minha atividade profissional (há 13 anos) que a prestação de cuidados à pessoa vítima de trauma, me despertou grande interesse pessoal. Este interesse foi-se materializando com a certificação no curso *Advanced Trauma Care for Nurses* (ATCN) em 2011, o qual fomenta, desde o primeiro momento, a comunicação efetiva e o trabalho em equipa na abordagem inicial à pessoa vítima de trauma e sua posterior transferência para cuidados definitivos.

Em várias áreas, nas quais o trabalho em equipa é fundamental, tem sido demonstrado que as falhas na comunicação entre os elementos dessa equipa, podem ter repercussões graves (Musson & Helmreich, 2004). Esta evidência foi demonstrada pela primeira vez em 1995, num estudo, envolvendo 28 hospitais australianos, que concluiu que os erros na comunicação entre profissionais eram responsáveis por duas vezes mais mortes do que a ineficiência clínica, sendo a principal causa de eventos adversos, nomeadamente em momentos de passagem de turno, ou de transferência da responsabilidade dos cuidados (Wilson et al, 1995).

Reconhecendo a importância de salvaguardar a segurança da pessoa submetida a cuidados de saúde, em 2005 a Organização Mundial de Saúde (OMS) nomeou “The Joint Commission International Centre for Patient Safety” (JCI) com a missão de identificar problemas e desafios à segurança das pessoas, submetidas a cuidados médicos (Santos et al, 2010). Das metas elaboradas pela referida comissão, a segurança na comunicação constituiu a meta dois, logo a seguir à da identificação da pessoa (JCI, 2016a).

O impacto do trauma na sociedade, não só pelos seus custos diretos, mas sobretudo pelos seus custos indiretos, em resultado das suas elevadas taxas de mortalidade¹ e de morbilidade², tem promovido a especialização do atendimento à pessoa vítima de trauma, de tal forma, que a própria OMS determinou, em 2012, que os países devam possuir programas de organização e planeamento do atendimento ao traumatizado, através da implementação de sistemas de trauma que abordem todos os contextos dos cuidados nomeadamente a abordagem pré-hospitalar, a abordagem intra-hospitalar, e os cuidados definitivos a longo prazo (OMS, 2012).

¹ 5,8 milhões de mortos por ano (OMS, 2012) com um aumento de 24% nos últimos 20 anos (Walter & Curtis, 2015), 9% da mortalidade global em Portugal (DGS, 2015a)

² 9% da morbilidade global (DGS, 2015a)

Em Portugal, estas recomendações foram transferidas para a regulamentação e legislação quer pela circular normativa nº: 07/DQS/DQCO de 31/03/2010³, quer pelo Decreto-lei 10319/2014⁴ de 11 agosto e pelo Dec. Lei 13427/2015⁵ de 20 novembro.

A comunicação entre os profissionais é pedra angular de cuidados de excelência, pois, como afirma Santos (2010, p.54) *“a comunicação entre os membros da equipa é fundamental para fomentar a partilha de um mesmo modelo mental (...) fundamental para a redução do erro”*, pelo que uma eficiente articulação de esforços conjuntos de profissionais treinados na abordagem em contexto de trauma, necessita de assentar numa comunicação efetiva, e também ela treinada.

Esta ideia encontra-se patente no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015 -2020 quando se afirma que

“A gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde é assim um processo coletivo, que tem como objetivo garantir a maior segurança possível dos doentes, evitando incidentes” (...) sendo “a causa destes incidentes (...) ligada a defeitos de organização, coordenação ou de comunicação, que revelam baixo índice de cultura sistémica de segurança e de política institucional de identificação de riscos específicos” (Despacho nº 1400-A/2015).

Contudo esta é uma área particularmente delicada, já que dela dependem não só as condições clínicas da pessoa em situação crítica, e as condições físicas onde os cuidados são prestados, como as condições pessoais e técnicas dos profissionais que interagem nesta transmissão de informação e de responsabilidade de cuidados, pelo que o *handover* se traduz numa forma complexa e dinâmica de comunicação, que se encontra identificado como um momento de alto risco na prestação de cuidados (Carter, Davis, Evans & Cone, 2008; Catchpole et al, 2013).

Com esta preocupação a DGS emanou em fevereiro de 2017 a norma nº 001/2017 – Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde, com o objetivo de standardizar a comunicação realizada entre profissionais de saúde.

Partindo de um projeto de estágio que teve como objetivos gerais:

³ Estipula a organização dos cuidados hospitalares urgentes ao doente traumatizado;

⁴ Redefine conceitos na referência genérica dos doentes, cria a figura do centro de trauma em Portugal, e a sua regulamentação

⁵ Determina quais são os Hospitais que constituem a Rede Hospitalar de Urgência/Emergência, nomeadamente quais são os que têm a responsabilidade de Centro de Trauma.

- Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica em UCI
- Desenvolver Competências na otimização do *Handover*, da pessoa vítima de trauma, nomeadamente na sala de Reanimação;

O presente relatório, procura:

- Dar a conhecer o percurso no desenvolvimento de competências na área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica;
- Permitir a análise e discussão, do trabalho desenvolvido, para a obtenção do grau de Mestre.

O relatório encontra-se estruturado em três capítulos, sendo dois de desenvolvimento, em que no primeiro é feito um enquadramento teórico de conceitos-chave da temática, e no segundo é explorado o percurso de desenvolvimento de competências, nos vários contextos de estágio. Por último, o capítulo das considerações finais apresenta uma breve resenha sobre os contributos que a sua realização trouxe para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, designadamente na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Na elaboração deste relatório, foi importante adotar critérios de normalização referentes à apresentação do trabalho escrito, bem como à referenciação bibliográfica e citações, pelo que se encontra redigido de acordo com as regras do novo acordo ortográfico, e formatado de acordo com as normas do guia orientador da ESEL para a elaboração de trabalhos escritos e com a norma da APA para a formatação das citações e referências bibliográficas.

1 – REVISÃO DA LITERATURA E CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA

A revisão da literatura é, segundo Fortin, *“um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio de investigação”* (1999, p. 74), pelo que, ao longo do período de estágio, bem como na sua preparação e para a realização deste relatório, procurei mobilizar a melhor evidência disponível, tendo realizado uma pesquisa norteadora de conceitos nas bases de dados CIHNAL e MedLine (Apêndice I), recorrendo ainda a outras fontes documentais, nomeadamente orientações de organizações nacionais e internacionais de reconhecido mérito. Na exposição do tema em estudo, são definidos alguns conceitos centrais, salientando-se a importância da intervenção especializada de enfermagem na abordagem à pessoa vítima de trauma, e a importância da promoção da segurança na continuidade de cuidados.

Apesar de também serem referidos na literatura termos como *“handoff”*, *“report”* ou *“end-of-shift report”*, *handover* será o termo usado ao longo do trabalho, por ser um conceito mais abrangente, que contempla *“um processo em tempo real, de transmissão de informação específica, acerca da pessoa sujeita a cuidados, entre profissionais ou entre equipas de profissionais com o propósito de assegurar a continuidade de cuidados”* (Riesenberg, Leitzsch & Little, 2009, p.196).

1.1 - Cuidar da Pessoa em Situação Crítica Vítima de Trauma

Muitos têm sido os avanços nos cuidados à pessoa em situação crítica, isto é, nos *“cuidados altamente qualificados 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”* (OE, 2010b, p.1). Estes cuidados, contudo, começam muitas vezes no local onde o evento ocorreu, pelas equipas do pré-hospitalar que a ele acorrem, sendo por isso importante, a existência de uma comunicação efetiva desde o local do evento até à instituição onde serão prestados os cuidados definitivos, no sentido de assegurar a sua continuidade.

Cuidar uma pessoa em situação crítica vítima de trauma implica fazer parte de uma equipa multidisciplinar, que presta cuidados complexos e exigentes, e cuja

dinâmica é afetada pela comunicação entre os seus elementos, e em que a sua otimização, diminuirá a possibilidade de erro, assegurará a continuidade dos cuidados prestados e melhorará a qualidade dos mesmos (Calleja, Aitken & Cooke, 2011).

Por trauma entende-se qualquer lesão nos tecidos ou órgãos humanos como resultado da transferência de energia do meio (ENA, 2007). De acordo com a gravidade da lesão, este pode ser classificado como menor, moderado ou grave (Richmond & Aitken, 2011). Contudo, a definição de trauma grave, ou trauma maior, é algo inconsistente na literatura (Lossius, Rehn, Tjosevik & Eken, 2012), sendo comum o termo politraumatizado⁶. Por vítima de trauma grave entende-se a pessoa com uma ou mais lesões, que colocam em risco a função de um órgão, membro, sistema orgânico ou a própria vida (Wilson, Grande & Hoyt, 2007). Enquanto o conceito de politraumatizado implica lesões que, não sendo necessariamente mais graves, são mais extensas, o conceito de vítima de trauma é, portanto mais abrangente, sendo o conceito utilizado ao longo do trabalho.

O enfermeiro torna-se peça central e fundamental dos cuidados, ao tomar consciência que todos os momentos são momentos de cuidados, e que em todos é sustentada a individualidade da pessoa cuidada (Boykin & Schoenhofer, 2013). Para o garantir, deverá conseguir integrar a complexidade tecnológica de um cuidar intensivo e exigente, numa pessoa multidimensional (Locsin, 2005), traçando resultados específicos adequados ao quadro e à evolução clínica da pessoa vítima de trauma, tendo em conta a variabilidade e a exigência dos cuidados, mas também as suas necessidades e expectativas.

Na literatura, os enfermeiros especializados em trauma são identificados como promotores da melhoria dos cuidados prestados, nomeadamente na diminuição do tempo de espera nos SU, do tempo de internamento e das queixas dos doentes (Spisso et al, 1990; Boyd, 2011).

Em Portugal, a Ordem dos Médicos (2009) recomendou a existência de um enfermeiro coordenador de trauma, em cada centro de trauma, com a responsabilidade de acompanhar a evolução clínica diária dos clientes admitidos no dia anterior, colaborar na implementação de planos de avaliação de qualidade e coordenar os planos de integração, educação e formação pós-graduada em trauma

⁶ Pessoa que possui duas ou mais lesões graves com compromisso de mais do que um sistema do organismo (Wilson, Grande & Hoyt, 2007)

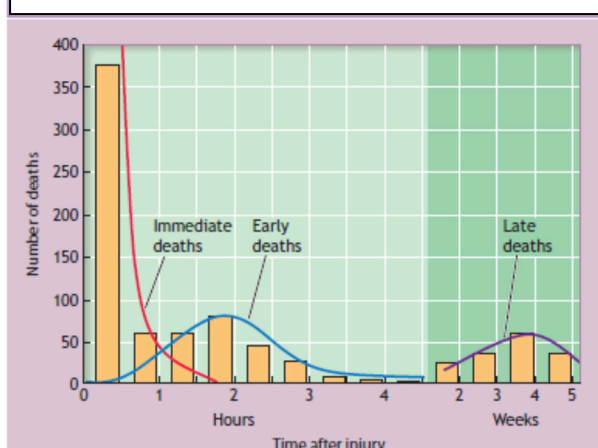
dos enfermeiros, além de integrar a equipa de trauma, gerir recursos técnicos/equipamentos de trauma na sala de emergência e preencher o registo de trauma.

O ATCN, promove o desenvolvimento do papel do enfermeiro na prestação de cuidados à pessoa vítima de trauma grave, identificando uma abordagem padronizada assente em critérios de gravidade (STN, 2008), procurando otimizar a resposta e diminuir a mortalidade evitável, ou seja, aquela por ocorre por atraso na instituição de cuidados urgentes e que é identificável como o segundo pico na distribuição trimodal (ACS, 2012), ou tetramodal (Gomes et al, 2008) de mortes em contexto de trauma.

Segundo os autores, na distribuição trimodal (Figura 1) o primeiro pico ocorre nos segundos a minutos após a lesão (ex.: hemorragia exsanguinante), o segundo pico ocorre nas primeiras horas e corresponde muitas vezes a lesões não identificadas ou desvalorizadas (ex.: Hematoma subdurais, Hemotórax, Hemorragias), e o terceiro pico ocorre vários dias a semanas após a lesão inicial (ex.: sépsis ou disfunção múltipla de órgãos) (ACS, 2012).

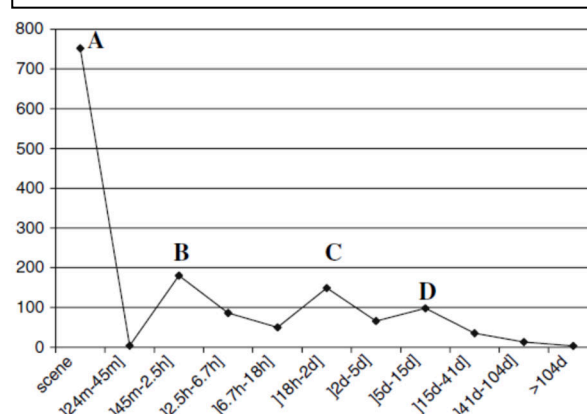
Em 2008, da análise do registo de trauma de um único centro de trauma, Gomes (2008) sugere que no contexto nacional esta ocorre segundo uma distribuição em 4 picos (dois minutos, duas horas, dois dias, duas semanas) (Figura 2), como consequência da melhoria dos meios e cuidados pré-hospitalares, e da abordagem inicial de vítimas de trauma, sendo que a predominância de morte aos 2 dias, resulta de Trauma Crânio-encefálico em doentes com idade avançada.

Figura 1 - Distribuição Trimodal de Mortes



Fonte: ACS, 2012

Figura 2 - Distribuição Tetramodal de Mortes



Fonte: Gomes, 2008

A “*Golden Hour*” caracteriza-se pela necessidade de uma rápida avaliação e ressuscitação, pressupondo que o cuidado adequado e oportuno poderá melhorar significativamente o *outcome* das pessoas doentes com lesão (ACS, 2012), sendo que uma abordagem bem planeada e organizada é fundamental para uma ótima gestão de cuidados (OMS, 2004).

De acordo com as recomendações da *Society of Trauma Nurses* (STN), a avaliação primária das vítimas de trauma deve ser de acordo com a sequência ABCDE⁷ que estabelece a prioridade da observação a efetuar, tendo em vista o impacto da eventual lesão na sobrevivência da pessoa vítima de trauma, sendo prevista a instituição de intervenções, à medida que os problemas são identificados (STN, 2008).

Na avaliação secundária, a *Emergency Nurses Association* (ENA) sugere ainda, a utilização da mnemónica FGHI⁸, com o objetivo de assegurar a (mais completa possível) colheita da história clínica da pessoa, envolver a família nos cuidados, além permitir identificar todas as lesões visíveis (ENA, 2007; Nunes et al, 2009).

É essencial que todos os elementos da equipa multidisciplinar usem a mesma linguagem, aplicando os algoritmos mais recentes na abordagem da pessoa vítima de trauma grave (Nunes et al, 2009), para que possam ser implementadas rapidamente estratégias que possibilitem a identificação célere das lesões, e a instituição em tempo útil de Intervenções adequadas, com o objetivo de melhorar significativamente o prognóstico das pessoas vítimas de trauma (DGS. 2010).

⁷ **ABCDE** - A – Via Aérea com imobilização da coluna cervical; B – Ventilação e Oxigenação; C – Circulação com controlo de hemorragia; D – Disfunção Neurológica; E – Exposição, com prevenção de hipotermia.

⁸ **FGHI** - F - intervenções focalizadas e presença da Família; G - providenciar conforto (Give Comfort); H - História e I - Inspeção das superfícies posteriores

1.2 – A Comunicação Efetiva como Competência Diferenciada

O termo competência advém dos espaços da educação podendo-se caracterizar *“como um leque de características pessoais, com origem no conhecimento, ou capacidades adquiridas, que condicionam o agir (...), havendo autores que especificam a existência de habilidades (abilities) e capacidades (skills) demonstráveis, observáveis, e avaliáveis”* (Mendonça, 2009, p.43), sendo que o desenvolvimento de competências resulta da interação das dimensões do saber (saber, ser, fazer) e da sua adaptação aos diferentes contextos (Dias, 2004, Perrenoud, 1999, Zarifian, 1999, Benner, 2001, Le Boterf, 2005 citados por Mendonça, 2009).

As competências do contexto laboral são, antes de mais, a matriz que uniformiza a atuação e a prestação de serviços, assegurando a sua qualidade e eficiência, independentemente do seu executor (Branco, 2009). Terá sido esta necessidade, associada às perspetivas de educação que emergiram do processo de Bolonha, que motivaram a que a OE tenha tido necessidade de tornar claras quais as competências gerais e específicas nos diferentes contextos e áreas de especialização da profissão de enfermagem em Portugal (Ibidem).

Benner (2001) na aplicação do modelo de desenvolvimento de competências de Dreyfus, à profissão de enfermagem, demonstrou a importância da diferenciação de competências na profissão, integrando-as nos 5 níveis de desenvolvimento de perícia, através do estudo da aprendizagem experiencial na prática de Enfermagem, pela análise das narrativas de enfermeiras.

No seu trabalho, *“Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care”*⁹, é defendido que uma prática clínica de cariz científico, requer comunicação clínica hábil, livre de ambiguidade, assente em princípios éticos e clínicos que permitam uma tomada de decisão adequada, sobretudo tendo em conta que as constantes descobertas científicas e as justificações de tratamento são, às vezes, divergentes, e podem ser fonte de desentendimento e mal-entendidos dentro de uma equipa (Benner, Kyriakidis & Stannard, 2011).

A criação ou estruturação de um contexto comunicativo para a resolução de problemas clínicos diários, favorável ao trabalho em equipe e dirigido as áreas de

⁹ desenvolvido em conjunto com Patricia Kyriakidis e Daphne Stannard.

juízo clínico, permitirá melhorar o ambiente e contextos que são inerentemente ambíguos e, portanto, difíceis para a comunicação com os outros (Benner, Kyriakidis & Stannard, 2011).

Tendo em atenção que “as *personas partilham os significados (...) oriundos das suas práticas culturais*”, e que “as *competências intelectuais e reflexivas dependem do conhecimento aprendido*” (Benner & Wrubel, 1989, p.188), a estruturação do *handover*, nomeadamente num ambiente complexo, como uma sala de reanimação, permitirá uma base sólida de informação a ser transmitida, menos suscetível ao ruído inerente ao nível profissional de cada um, norteadas pelo conhecimento intuitivo do perito.

1.3 - O *Handover* na Promoção da Segurança da Pessoa em Situação Crítica

O *handover*, tal como é descrito por vários autores, nomeadamente pela JCI, tem subjacentes três conceitos primários: informação, autoridade e responsabilidade (Behara et al, 2005)

O seu objetivo é o de assegurar a continuidade dos cuidados, identificando as alterações no quadro clínico e as necessidades do doente bem como a resposta aos cuidados instituídos (Delrue, 2013) sendo, provavelmente, uma das práticas mais antigas na profissão de enfermagem e que tem sobrevivido ao longo dos séculos, apesar dos avanços tecnológicos e das mudanças organizacionais (Manias & Street, 2000).

O *handover* é, historicamente, uma forma complexa de comunicação, que abarca contextos históricos e sociais, além de ser um momento dinâmico onde os enfermeiros trocam comumente várias informações acerca dos doentes a quem prestam cuidados (Manias & Street, 2000), estando identificados como momentos de alto risco, sujeitos a fatores ambientais (ex. ruído, ou carga de trabalho), atividades relacionadas com os cuidados (ex. recolocar a monitorização de ecg de um doente) ou outras disrupções que podem conduzir a tratamento inadequado ou com atraso, e com potencial gravidade para o doente (OMS, 2007; Manser & Foster, 2011).

Numa revisão de 3000 eventos sentinela¹⁰, foram identificadas falhas na comunicação em 65-70% dos eventos (Adamski, 2007), tendo as mesmas resultado em eventos adversos, sendo que a Joint Commission, na análise de dados recolhidos entre 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2015, identificou as falhas na comunicação como principal fator, em 79% dos eventos adversos (JCI, 2016b). Os eventos adversos mais identificados, resultantes de falhas na comunicação, são os atrasos no diagnóstico ou no tratamento, atividades redundantes (com aumento do número de procedimentos e testes), diminuição na eficiência e efetividade dos cuidados, com consequente diminuição da satisfação dos doentes e dos profissionais, bem como um aumento dos custos, com estadias hospitalares mais prolongadas (Patterson & Wears, 2010).

Nesse sentido, desde 2006 que a JCI recomenda a necessidade do desenvolvimento de uma forma padronizada de *handover* como ferramenta fundamental na manutenção da segurança dos cuidados (Arora & Johnson, 2006).

Joy et al. (2011) verificaram que a implementação de um processo formal e estruturado de transferência de informação reduziu os erros (de 6,24 para 1,52 eventos¹¹), e as omissões críticas na transmissão de informação verbal (de 6,33 para 2,38 eventos¹¹).

Por conseguinte, várias têm sido as mnemónicas propostas para que a transmissão de informação em contexto de urgência fosse padronizada, aumentando assim a efetividade da comunicação.

Numa revisão sistemática da literatura realizada por Riesenberg, Leitzsch, & Little (2009), foram identificadas 24 mnemónicas que procuram sistematizar a informação a ser transmitida entre cuidadores formais. Destas, 10 estão diretamente relacionadas com a transmissão de informação em contexto de Urgência (tabela 1), nomeadamente pelo pré-hospitalar, contudo os vários estudos apresentados nesta revisão têm, segundo os autores, várias limitações sendo de qualidade duvidosa, em função da não validação dos instrumentos de colheita, ou de amostras pequenas (Riesenberg, Leitzsch & Little, 2009).

¹⁰ evento não antecipado em contexto de cuidados hospitalares, não relacionado com o curso normal da doença, e que pode resultar em morte ou dano físico ou psicológico para a pessoa

¹¹ Valores médios

Tabela 1 - Lista de Mnemônicas associadas ao contexto de urgência/emergência (adaptado de Riesenber, Leitzsch, & Little, 2009)

Mnemônicas usadas em contexto de Urgência/ Emergência	Significado
ASHICE	Age, Sex, History, Injuries, Condition, Expected time of arrival
CUBAN	Confidential, Uninterrupted, Brief, Accurate, Named Personnel
De MIST	Patient Demographics, Mechanism of Injury, Injuries Sustained, Symptoms and signs, Treatment Given
ISBAR	Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation,
MIST	Mechanism of Injury, Injuries Sustained, Symptoms and signs, Treatment Given
SBAR	Situation, Background, Assessment, Recommendation,
SBARR	Situation, Background, Assessment, Recommendation, Response or read back
SBAR-T	Situation, Background, Assessment, Recommendation, Thank patients for opportunity to work with them
SHARED	Situation, History, Assessment, Request, Evaluate, Document
SOAP	Subjective Information about the patient concerns Objective information related to problem; Assessment of patient's condition Plan or what has or should be done for/with the patient

Entre todas, aquela que tem recolhido maior consenso, e revelado bons resultados numa comunicação efetiva entre os profissionais é a SBAR¹², tendo como premissa que, pelo uso de regras simples, é possível que diferentes profissionais comuniquem de forma efetiva num ambiente complexo de cuidados, como é o caso dos serviços de urgência (Leonard, Graham & Bonacum, 2004).

Em 2013 De Meester et al. (2013) concluíram que, depois da introdução desta ferramenta num hospital, verificou-se um aumento da perceção dos enfermeiros relativamente à efetividade da comunicação, e uma melhoria da colaboração na equipa multiprofissional, bem como uma diminuição das mortes inesperadas. Mitchell et al. (2010), por sua vez, identificam o uso desta mnemónica como estratégia eficaz para aumentar o número de observações clínicas efetuadas pelos enfermeiros.

¹² *Situation, Background, Assessment, Recommendation*

1.4 - O *Handover* na Sala de Reanimação

Os Serviços de Urgência, nomeadamente as salas de reanimação possuem ambientes complexos e de grande intensidade, sendo, deste modo, muito suscetíveis ao erro, nomeadamente ao que resulta de falhas de comunicação, em momentos de transição de cuidados (Owen, Hemmings & Brown, 2009).

Além disso, os cuidados em contexto de urgência estão muitas vezes sujeitos à pressão do tempo quer pela gravidade do quadro clínico, quer pelo número de pessoas com necessidade de cuidados de grande complexidade. Num estudo que avaliou as disrupções que afetaram os cuidados à pessoa no Serviço de Urgência, tendo em conta os diferentes circuitos que esta pode ter, foram identificados circuitos de alto risco (ex.: transferência para Bloco Operatório ou UCI) e de baixo risco (doentes que permanecem em ambulatório ou que têm alta clínica) (Catchpole et al, 2013). Este estudo observou ainda que, nos circuitos em que a intensidade de cuidados era menor, existiram menos disrupções e consequentemente a exposição ao risco foi menor (ibidem), ou seja, as pessoas que necessitavam de cuidados de maior complexidade, especificidade e rapidez foram expostas a um risco maior, nas transições de cuidados ao longo dos diferentes contextos hospitalares.

Os resultados deste estudo, ainda que limitados pela sua dimensão, conforme os próprios autores referem, levantam uma problemática pertinente, sobre como podemos, eventualmente, diminuir a qualidade dos cuidados prestados (a doentes com risco de vida eminente ou potencial), ao subvalorizarmos a importância do *handover*, o tipo de informação selecionada e a forma como transmitimos a informação entre profissionais, sendo ainda de destacar o impacto da comunicação não-verbal e o uso de jargões locais, no *handover* entre diferentes contextos (Pré-hospitalar-Urgência ou Urgência-UCI, por exemplo) (De Lange, Van Eeden & Heyns, 2017).

Benner, Kyriakidis e Stannard (2011) salientam a importância do discernimento clínico do enfermeiro perito neste processo de seleção de informação e identificam-no como fundamental na garantia da qualidade dos cuidados, diminuindo as interrupções na continuidade do mesmo, e assim, a ocorrência de eventos adversos, que, tal como referido anteriormente, podem ter uma repercussão grave na qualidade de vida da pessoa sujeita aos cuidados.

1.5 - Intervenção Especializada do Enfermeiro à Pessoa em Situação Crítica

Tendo em conta que a pessoa não se define pelo local onde se encontra, mas sim por si próprio (Hesbeen, 2000), os cuidados à pessoa em situação crítica são dirigidos à pessoa a vivenciar processos agudos de saúde/doença com potencial falência orgânica (passível de risco de vida) visando, ainda assim, a promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida.

No desenvolvimento de competências em cuidados críticos, Benner, Kyriakidis & Stannard (2011) reconheceram, que estes, já foram mais facilmente diferenciáveis entre cuidados agudos, cuidados não-urgentes e cuidados críticos, e que o aumento da complexidade das situações agudas de doença, associada a menores períodos de internamento e a diferentes níveis de cuidados críticos, têm ofuscado as fronteiras entre os diferentes tipos de cuidados, tornando-os desafiantes a nível intelectual e emocional.

As autoras defendem ainda, que a articulação da avaliação crítica e do desempenho é dificultada, já que os cuidados críticos ocorrem em múltiplos cenários em que as intervenções são instantâneas, altamente dependentes do contexto e interpretadas de acordo com a história clínica imediata (Ibidem).

Ainda assim, determinados contextos como os Serviços de Urgência (SU) ou as Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) são preponderantes, e locais preferenciais para a abordagem, instituição de cuidados e monitorização clínica de Pessoas em Situação Crítica (Despacho Normativo nº 11/2002; DGS, 2003b) constituindo-se como locais complexos, com uma grande interação e diversidade de profissionais e equipamentos, que acrescentam dimensões à pré-existente multidimensionalidade da pessoa.

Nos atuais contextos, cada vez mais complexos do ponto de vista clínico, os enfermeiros enfrentam também uma complexificação tecnológica, avassaladora para a pessoa em situação crítica, mas por vezes, também para o profissional. Locsin (2013) defende que o uso de tecnologias na prática de enfermagem deverá promover a valorização do ser humano, não como um simples objeto de cuidados, mas como participante nesses cuidados, pelo que o modelo de cuidar tecnológico deverá ser uma expressão de enfermagem, que interliga de forma harmoniosa o uso da tecnologia e o cuidar em enfermagem.

Assim, o desenvolvimento de competências tecnológicas no cuidar em enfermagem, guiado por um modelo teórico de prática, holístico e formal, é fundamental para dar resposta efetiva, em contextos de cuidados onde se tem observado um aumento do uso de tecnologias para melhor conhecer as pessoas cuidadas (Locsin, 2013).

A comunicação na forma de linguagem oral e escrita é considerada, a par da descoberta do fogo, como um dos mais incríveis avanços civilizacionais, desde o início da humanidade, sendo considerada como um milagre biológico considerável, na medida em que representou uma enorme vantagem seletiva para a espécie humana (Ulbaek, 1998).

Considerando que este avanço só foi possível graças à evolução biológica que a antecedeu (aumento da massa encefálica, reorganização do cérebro, alterações do sistema respiratório, entre outras), o seu maior benefício é a capacidade de cooperação, de nos relacionarmos melhor e de nos ajudarmos mutuamente e assim evoluirmos e protegermo-nos enquanto comunidade (Ulbaek, 1998).

Entendendo-se a comunicação estruturada como uma ferramenta tecnológica, o domínio de estratégias comunicacionais efetivas integra o âmbito do cuidar tecnológico, sendo que numa prestação de excelência é fundamental um reconhecimento precoce das alterações dinâmicas do paciente. A comunicação de julgamentos clínicos requer confiança, respeito e vontade de ouvir, sendo características necessárias para uma melhor tomada de decisões, em equipa (Benner, Kyriakidis & Stannard, 2011).

Em Portugal, o desenvolvimento de competências comunicacionais pode ser enquadrado no regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, quando determina que este deve desenvolver “*sistemas de trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano*” (OE, 2010a, p.7), “*melhorando a informação para o processo de cuidar, os diagnósticos, a variedade de soluções eficazes a prescrever e a avaliação do processo de cuidar*” (OE, 2010a, p.8).

O enquadramento teórico, aqui apresentado de forma sumária, pretende sustentar a minha intervenção especializada de enfermagem na promoção da segurança de pessoas vítimas de trauma, em momentos de *handover*, pelo que este capítulo se constitui como elemento orientador das atividades desenvolvidas em estágio, que serão apresentadas no capítulo seguinte.

2 – PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Sendo os estágios clínicos, momentos de observação e intervenção em contextos de instituições de saúde, com a finalidade que o estudante desenvolva capacidades, atitudes e competências (Alarcão & Rua, 2005), são em si próprios *“momentos privilegiados para a aquisição de aprendizagens ligadas à profissão, para a consolidação dos conhecimentos adquiridos e para a reflexão das práticas”* (Carvalho, 2003, p.26).

O percurso de desenvolvimento de competências em estágio decorreu durante o 3º semestre, num total de 500 horas, tendo sido pensado para dois tipos de contextos: Unidade de Cuidados Intensivos e Serviço de Urgência Polivalente. Desta forma, os contextos e o respetivo percurso, serão apresentados de acordo com esta estruturação e não necessariamente pela ordem cronológica em que os estágios foram realizados.

Compreendido entre 5 outubro de 2016 a 10 de fevereiro de 2017, a escolha dos contextos da prática e a duração dos mesmos, foi de acordo com o cronograma desenvolvido no projeto (Apêndice II), fundamental na orientação do percurso de desenvolvimento de competências.

2.1 – A Unidade de Cuidados Intensivos

Decorrente dos avanços tecnológicos e de conhecimento científico, particularmente na área da medicina na segunda metade do séc. XX, os cuidados intensivos, têm-se assumido como uma área multidisciplinar de constante diferenciação e complexidade crescente, que engloba a prevenção, diagnóstico e o tratamento da PSC, com condições fisiopatológicas *“cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”* (OE, 2010b, p.1).

Segundo a Direcção-Geral da Saúde (2003b, p.6), as UCI são *“locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunção de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais”*, encontrando-se classificadas em três níveis, de acordo com as técnicas utilizadas e as valências disponíveis na respetiva unidade hospitalar.

Nas duas unidades em que realizei estágio, coexistem dois dos três níveis de classificação adotada pela Sociedade Europeia de Medicina Intensiva, nomeadamente o nível I e o nível III, sendo que, uma vez que não possuía experiência prévia neste contexto, procurei, juntamente com os meus orientadores clínicos, articular os respetivos períodos de estágio, dividindo de forma semelhante os turnos, entre um e outro nível.

Nas Unidades de nível I a monitorização é normalmente não invasiva, e pressupõe a capacidade de assegurar as manobras de reanimação e a articulação com outros serviços/unidades de nível superior (DGS, 2003b).

As unidades de nível II têm capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais, no entanto, podem não proporcionar acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas, pelo que também se devem articular com unidades de nível superior (DGS, 2003b). O facto das unidades onde realizei estágio não contemplarem nível II, passa por estarem integradas em Hospitais Centrais que são referência regional e nacional, representando o nível hospitalar mais diferenciado no sistema de saúde português, tendo acesso a todos os meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas.

As unidades de nível III, devem ter quadros próprios, e equipas dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada e intensivista em presença física 24 horas por dia (DGS, 2003b). A existência de profissionais que prestem cuidados diferenciados e altamente qualificados, permitirá a manutenção das funções básicas de vida, evitando as complicações e atenuando as incapacidades, com o objetivo final, de que a pessoa retome a sua vida ativa (OE, 2010b), pelo que o enfermeiro com uma intervenção especializada tem um papel fundamental na procura continuada de conhecer a condição da pessoa doente, prevendo e detetando precocemente eventuais complicações, assegurando uma intervenção precisa e eficiente (OE, 2010b).

Não tendo eu qualquer tipo de experiência em contexto de UCI, fez sentido que este tipo de contexto ocupasse a maior parte do tempo de estágio. Planeou-se para ser realizado em dois contextos diferentes permitindo assim maximizar a minha experiência, sendo o segundo contexto, mais próximo da minha realidade diária.

2.1.1 – Contexto de Estágio I

O primeiro contexto de estágio desenvolveu-se numa UCI, que estando inserida num centro hospitalar central, presta cuidados de saúde diferenciados, em articulação com as demais unidades prestadoras de cuidados de saúde integradas no SNS. O Hospital na qual se insere é um hospital central, com ensino universitário e formação pós-graduada, elevada diferenciação científica, técnica e tecnológica, sendo reconhecido pela excelência clínica, assumindo-se como instituição de referência.

Dos dados disponibilizados no período de estágio, (e que reportam ao ano de 2015)¹³, o número total pessoas doentes admitidas foi de 642 indivíduos, com uma taxa de ocupação de 94,79% e um tempo de internamento médio de 8,45 dias. O reinternamento inferior a 48 horas foi de 0,78% (5 doentes) e superior a 48 horas de 2,96% (19 doentes).

O *case-mix* de doentes internados foi de: patologia médica 301 (46,69%); cirúrgico urgente 143 (22,31%); cirúrgico eletivo 92 (14,36%); vítimas de trauma 48 (7,18%); neurocrítico 47 (7,33%); coronário 12 (1,87%).

Os índices de gravidade e de carga de trabalho de enfermagem, referentes aos doentes internados no período em questão foi: Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II (APACHE II) 18,40; Simplified Acute Physiology Score II (SAPS II) 43,04; Simplified Acute Physiology Score III (SAPS III) 62,02; Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS-28) 34¹⁴.

Os resultados da vigilância epidemiológica, referente ao mesmo ano (2015), das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), verificou uma taxa de infeção por PAV de 23,7% (13,7% no primeiro semestre 2016), infeção urinária associada a cateter vesical 7,67% (4,8% no 1º semestre de 2016) e de infeção nosocomial da corrente sanguínea, associada a cateter central, 2,7% (1,4% no primeiro semestre 2016).

A taxa de utilização de VMI no ano de 2015 foi de 71,73%, com uma percentagem de 1,1% de extubações não-planeadas, sendo que, no total das extubações planeadas e não planeadas, a taxa de reentubação traqueal foi de 6,69%.

¹³ A casuística de internamentos reporta a uma unidade com 12 camas nível III e 4 camas nível I

¹⁴ Valor médio

2.1.1.1 – Objetivos e Atividades Desenvolvidas

Para este, bem como para o terceiro contexto, também em UCI, foram definidos dois objetivos específicos, sendo as atividades desenvolvidas apresentadas neste subcapítulo tendo em conta os objetivos definidos.

- ✓ Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica em UCI

Os primeiros turnos neste contexto serviram para me integrar nas rotinas e particularidades deste contexto, procurando “*compreender os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa*”, consultando os documentos disponíveis, procurando desenvolver assim “*um ambiente positivo e favorável à prática*” (OE, 2010a, p.9). Saliento que apesar de ter alguma proximidade com este tipo de contexto, vivê-lo foi sem dúvida uma experiência desafiante e enriquecedora.

Ao longo destes primeiros dias foi ainda possível conhecer a disposição do material clínico no serviço, bem como desenvolver e mobilizar conhecimentos para a utilização dos programas informáticos que servem de apoio à prática clínica em geral e à de Enfermagem, em particular. Estes tomam particular relevo na medida em que permitem dar uma maior visibilidade aos cuidados de enfermagem, através do uso de estatísticas e de indicadores, descrevendo e validando o seu impacto, traduzido em ganhos em saúde para a população. Além disso, têm um importante papel na continuidade e qualidade de cuidados, visando assegurar a uniformização do sistema de registos, traduzindo a importância que os registos de enfermagem têm nas decisões clínicas (OE, 2007).

Prestei cuidados a pessoas em situações de doença que os colocava em situação crítica, com falência de órgão /órgãos, com necessidade de vigilância e monitorização constante, bem como meios avançados de terapêutica no suporte das suas funções vitais e na prevenção de complicações (OE, 2010b; DGS, 2003b), tendo sido, sem dúvida, a atividade central do período de estágio.

Desta atividade saliento a multiplicidade de equipamentos que existiam na unidade e, em si, diferentes daqueles a que estava habituado na minha realidade diária (dos quais destaco, a título de exemplo, o de diálise intermitente e de ECMO).

A utilização, manuseamento e interpretação de meios tecnológicos, cada vez mais avançados e sensíveis é fundamental para o profissional, mas sobretudo para o enfermeiro que trabalha com pessoas em situação crítica. Porém o enfermeiro deve valorizar a componente tecnológica como um meio para os cuidados individualizados, procurando manter a humanidade dos sujeitos de cuidados, num mundo de alta tecnologia, com o qual a prática de enfermagem é muitas vezes confrontada (Locsin, 2013).

Esta aprendizagem foi fundamental para poder mobilizar conhecimentos para a prática de cuidados, na medida em que os equipamentos são operador-dependentes para a interpretação da informação hemodinâmica que registam e apresentam. É, pois, da responsabilidade dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, assegurar a fiabilidade da informação recolhida e, por meio de uma intervenção especializada, cruzá-la com outros tipos de informação recolhida sobre a pessoa, para que, de forma fundamentada, possa interpretar e responder adequadamente e em tempo útil às alterações, intercorrências e necessidades da pessoa cuidada, assegurando uma intervenção eficiente (Crocker & Scholes, 2009; Eckerblad, Eriksson, Kärner & Edéll-Gustafsson, 2009).

No contexto clínico em questão, pude utilizar alguns destes equipamentos para identificação de situações de dor, sede, desconforto e/ou ansiedade, em doentes que se encontram ventilados, e por isso diminuídos na sua capacidade de comunicação e expressão, tendo atuado no sentido da satisfação das suas necessidades, usando as prescrições terapêuticas existentes, por meio de ações independentes (como a mobilização do doente), ou discutindo a situação particular do doente com o meu orientador clínico e o médico responsável, agindo assim dentro da equipa multidisciplinar.

A avaliação e atuação na prevenção e controlo da dor é preocupação fundamental para o enfermeiro que lida com PSC, já que esta é frequente nesta população, quer em resultado da doença, lesão subjacente, ou procedimento cirúrgico ou invasivo recente, quer secundária a estímulos desagradáveis causados por intervenções frequentes nas UCI, como a VMI, a presença do tubo endotraqueal ou outros drenos e cateteres, aspiração de secreções, ou o posicionamento no leito (Puntillo et al., 2009).

Esta preocupação está inclusivamente expressa na circular normativa Nº9/DGCG de 14 de junho de 2003, da DGS, que realça a dor como o 5º sinal vital,

sendo a sua gestão um direito da pessoa doente e um dever dos profissionais (DGS, 2003a; DGS, 2013), sendo novamente enunciada na atualização do Plano Nacional de Luta Contra a Dor pela Circular Normativa nº11/DSCS/DPCD (2008), que procura regularizar a abordagem dos serviços de saúde que prestam cuidados à população com dor aguda ou crónica, promovendo o seu adequado diagnóstico e tratamento.

A crescente sensibilização para a dor, veio realçar a importância da sua avaliação na PSC, como intervenção crucial para uma gestão eficiente, tendo a Ordem dos Enfermeiros defendido que estes profissionais são detentores de uma posição privilegiada, na promoção e intervenção no controlo da dor (OE, 2008).

Como resultado da recomendação do grupo de avaliação da dor da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, esta unidade, à semelhança de outras a nível nacional, usa escalas de avaliação da dor adequadas à situação da pessoa, nomeadamente a Escala Visual Numérica (EVN) nas pessoas doentes que comunicam e a Behavioural Pain Scale (BPS) para os que não comunicam (SPCI, 2012), tendo esta sido a primeira a ser concebida e a mais utilizada para avaliar a dor em doentes entubados e ventilados (Batalha, Figueiredo, Marques & Bizarro, 2013).

Procurei ter, ao longo do estágio, uma preocupação constante na avaliação da dor, utilizando as escalas preconizadas (EVN e BPS) existentes no serviço, usando os cartões informativos de leitura fácil que expõem as escalas e as orientações para a aplicação das mesmas, e que se encontram distribuídas por todos os quartos que constituem esta UCI.

De acordo com a recomendação, as avaliações devem ser realizadas no início de todos os turnos e sempre, antes de iniciar, durante e 15 minutos após um procedimento doloroso. O resultado da implementação das medidas farmacológicas e não farmacológicas, deve ser monitorizado pela sua avaliação sequencial, e o seu registo rigoroso e imediato, quer das avaliações, quer das intervenções realizadas (SPCI, 2012).

Também a sede, como a dor, afeta comumente a PSC¹⁵, tendo sido relatada por cerca de 70% dos participantes na avaliação de 405 sintomas em pessoas

¹⁵ tendo sido demonstrado que esta é sentida como mais intensa que a fadiga, ansiedade, agitação, fome, dispneia, dor, tristeza, medo e confusão (Puntillo et al., 2010)

internadas em UCI e, até recentemente, pouco valorizada e reconhecida, em resultado das dificuldades na comunicação com a PSC, o que dificulta a sua identificação (Arai, Stotts & Puntillo, 2013).

São várias as alternativas apresentadas na literatura para a satisfação da sede (sprays de água fria, garrafas de esguicho, compressas de água, hidratantes de mentol) sendo que intervenções simples e baratas, e que pude pôr em prática no contexto de estágio, mostram-se eficientes na redução da sede e da sensação de secura da boca, como é exemplo o uso de água fria, mais eficaz do que à temperatura ambiente, uma vez que estimula a produção de saliva, (Puntillo et al., 2014)

Associada a estas atividades, outra que procurei desenvolver neste contexto, foi o da comunicação com a PSC, procurando promover uma relação terapêutica, sendo que esta é relatada como muito difícil (Tembo, Higgins & Parker, 2015) e fator de stress (Almeida & Ribeiro, 2008).

O enfermeiro é o profissional, dentro da equipa multidisciplinar, que permanece durante maiores períodos de tempo junto da pessoa em situação crítica, tendo por isso um papel essencial no estabelecimento de uma comunicação efectiva com a pessoa doente ventilada, devendo desenvolver esforços e estratégias para o conseguir (Prime et al., 2016). Contudo compreender a pessoa que está ventilada e que tem limitações na sua comunicação, constitui uma inquietação para os profissionais que lidam diariamente com essa realidade.

Neste contexto de estágio tive oportunidade de usar algumas das estratégias disponíveis (cartões com desenhos e cartões com alfabeto) procurando assim ultrapassar as dificuldades na comunicação, com pessoas ventiladas. O uso destas estratégias permitiu ainda atenuar alguns quadros emocionais (ansiedade e frustração) e promover a participação em algumas das decisões (posicionamento, saciedade), tendo tido um grande impacto no bem-estar da PSC, mas também na sua família. Neste sentido procurei dar resposta às orientações da Ordem dos Enfermeiros que afirma que o enfermeiro tem o dever de possuir conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação perante a PSC e família (OE, 2010b).

Neste mesmo sentido, o interagir com alguns dos familiares no contexto de cuidados, permitiu-me personalizar ainda outra dimensão da prestação de cuidados, transmitindo confiança e procurando contrariar um sentimento de despersonalização, muito típico num contexto altamente tecnológico (Schoenhofer,

2001). Neste contexto, além de ser feito o acolhimento ao familiar de referência (elemento de contacto entre a equipa multiprofissional e a restante família), em que lhe são explicadas as regras e contingências do serviço, é disponibilizado um número de contacto direto com a equipa de enfermagem, para que esse familiar possa saber atualizações da condição clínica do doente. Diariamente, existiam dois momentos distintos em que era permitida a visita de familiares aos doentes, um no início, e outro ao final da tarde, havendo ainda disponibilidade para uma flexibilidade de horários sempre que a situação o exija, sendo do encargo do enfermeiro responsável pelo doente a decisão de quem visita o doente, bem como o número de pessoas que podem estar junto das pessoas internadas.

O envolvimento da família implica a utilização de estratégias de escuta ativa e comunicação assertiva, mostrando disponibilidade e empatia, acolhimento e acompanhamento, sendo imprescindível o envolvimento desta na prestação de cuidados à PSC, tendo em conta que também eles vivenciam uma série de impactos fisiológicos, psicológicos e emocionais quando acompanham o seu familiar, sofrendo frequentemente alteração dos papéis familiares, e desencadeando mecanismos de *distress* associados a ambientes desconhecidos, incerteza, problemas económicos e medo da morte (Leske, 2002).

A experiência que possuía, não só como Enf. do Serviço de Urgência, mas também no desempenho de funções de Coordenador ou de Chefe de equipa, representou uma mais-valia, no estabelecimento de uma relação com os familiares, quer como alvo de cuidados (apoio emocional, deteção das necessidades do familiar, facilitar a permanência junto do familiar doente, facilitar o processo de luto, entre outros) quer como parceira na prestação de cuidados, na medida em que facilitou o estreitamento e estabelecimento destas relações, permitindo a prestação de cuidados mais personalizados.

Neste contexto, existiu ainda um outro domínio, sobre o qual tive oportunidade de refletir, e cujo desenvolvimento competências teve repercussão no meu exercício profissional, a prevenção e controlo de infeção perante a PSC.

De acordo com dados da DGS, a prevalência de infeção hospitalar rondava em 2015, os 10,5% da população global, representando quase o dobro da média europeia (DGS, 2016). Estes dados demonstram que os enfermeiros necessitam obrigatoriamente de conhecer e compreender as medidas implementadas e métodos de controlo de infeção, nomeadamente a lavagem das mãos e o uso de

equipamento de proteção individual, além de estarem despertos para o aumento da resistência aos antimicrobianos. É, além disso, competência específica do EEPSC *“maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequadas”* (OE, 2010b, p.32).

As IACS em contexto de internamento são um dos eventos adversos mais prevalente nos hospitais, às quais estão associadas um aumento da morbilidade e da mortalidade, do tempo de internamento e ao eventual surgimento de incapacidades, aos quais está associado um aumento dos custos em saúde (Fundação Calouste Gulbenkian, 2015; DGS, 2016).

A prevenção e controlo de infeção foi, aliás, uma constante nos cuidados prestados, sobretudo pelo uso de equipamento de proteção individual (EPI), tanto onde existisse grande risco de contaminação por fluidos e sangue (e em qualquer procedimento invasivo) como em momentos de contacto prolongado com o doente (posicionamentos, cuidados de higiene), de forma a evitar infeções cruzadas.

Na prossecução das medidas de controlo e prevenção das IACS, destaco, neste contexto de estágio, a norma para a prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação (PAV)¹⁶, e que assentava em 5 medidas que eram avaliadas pelo menos 3 vezes por dia (uma em cada turno): manutenção da cabeceira do leito em ângulo $\geq 30^\circ$; higiene oral com gluconato de cloro-hexidina a 0,2%; manutenção da pressão do balão do tubo endotraqueal entre 20 e 30 cmH₂O; manutenção dos circuitos ventilatórios (sendo substituídos apenas quando visivelmente sujos, disfuncionantes ou entre doentes) e a avaliação e monitorização do nível de sedação com a Escala de Agitação-Sedação de Richmond (RASS).

A PAV tem implicações na evolução clínica da PSC, estando associada ao aumento do tempo de ventilação, a um maior número de dias para desmame ventilatório e a um adiar da extubação, resultando num prolongamento do internamento em UCI, com aumento do risco de mortalidade (Klompas, Kleinman & Murphy, 2014).

Além desta, destaco ainda, um protocolo de preparação da pessoa na colocação dos Cateteres Venosos Centrais (CVC), que ia ao encontro da norma da

¹⁶ A PAV é definida como pneumonia que surge nas pessoas doentes com tubo endotraqueal há mais do que 48 horas ou que foram extubado há menos de 48 horas (DGS, 2015b)

DGS nº022/2015 - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com CVC, sendo a mesma visada, quanto à manutenção do CVC (DGS, 2015c).

A implementação destas normas, neste contexto de estágio, é monitorizada e avaliada com acompanhamento do “*Desafio Gulbenkian - Stop Infecção Hospitalar!*”¹⁷ através de indicadores como o da taxa de infecção nosocomial de corrente sanguínea relacionada ao CVC.

Saliento ainda existência de outros programas de prevenção de IACS como o da lavagem das mãos, transversal a todos os serviços de saúde, e também ele sujeito a auditorias internas periódicas, com sessões de treino para todos os profissionais na técnica de lavagem/desinfecção das mãos e na identificação e consciencialização dos 5 momentos-chave.

A adesão à implementação dos feixes de intervenções, era avaliada pelo enfermeiro responsável pela pessoa sujeita a cuidados com a utilização de um instrumento de observação (tipo *check-list*), que contém as intervenções a respeitar (emanadas pela DGS e suportadas em evidência atual).

Os resultados das avaliações eram então divulgados para a equipa multiprofissional, com periodicidade mensal, na sala de enfermagem, onde são afixados para que todos os elementos tenham acesso ao progresso realizado na unidade.

Durante o período de estágio tive ainda oportunidade de utilizar dois instrumentos de gestão que avaliam a carga de trabalho de enfermagem, a TISS-28 e a Nursing Activities Score (NAS). A aplicação destes instrumentos é realizada no turno da noite, pelo enfermeiro responsável, em cada quarto, e que faz uma revisão retrospectiva, para os dados referentes às últimas 24 horas, traduzindo assim a carga de trabalho nesse período de tempo.

O uso destes instrumentos de avaliação e gestão em enfermagem é peça fundamental para o cálculo, avaliação e adequação de recursos humanos para a prática de cuidados. Estudos têm demonstrado que cargas de trabalho elevadas em enfermagem, reduzem a qualidade e segurança do cuidado (Esmaili, Moosazadeh, Alizadeh & Afshari, 2015) além de afetar as tomadas de decisão dos enfermeiros, resultando em *burnout* e insatisfação no trabalho entre a equipa de enfermagem,

¹⁷ O Desafio Gulbenkian STOP Infecção Hospitalar! pretende constituir um exemplo de implementação de uma metodologia de melhoria contínua que procura reduzir em 50% a incidência das infeções hospitalares, em 12 hospitais, num período de 3 anos” (Fundação Calouste Gulbenkian, 2015).

sendo o principal fator de risco para as IACS (Daud-Gallotti et al, 2012), tendo ainda sido demonstrada uma relação estatisticamente relevante entre a carga de trabalho e o erro na prestação de cuidados (Trinier, 2016).

A pesquisa e leitura de documentos, alguns deles disponibilizados no serviço, sobre estas temáticas, foi importante, pois permitiu-me, de forma célere, além de esclarecer dúvidas, com os elementos responsáveis pela gestão do serviço, desenvolver estratégias com o orientador clínico, no cumprimento e mobilização das diferentes normas e orientações do serviço.

Ao longo deste período a casuística de doentes vítimas de trauma neste contexto foi suficiente para que, em cerca de metade dos turnos realizados tivesse pelo menos um doente vítima de trauma. Destes selecionei uma jovem, cujo período de internamento ultrapassou o meu tempo de estágio (tendo ainda permanecido no serviço, à data da minha saída), e sobre a qual procurei elaborar um estudo de caso, que apesar de não ter sido concluído, permitiu uma reflexão e discussão com os meus orientadores, acerca da complexidade e multidisciplinariedade dos cuidados a este tipo de doentes. Das atividades propostas, realizei um jornal de aprendizagem que visou mostrar o desenvolvimento e aquisição de competências neste contexto.

A elaboração destes dois documentos permitiu-me refletir sobre a prática, sustentando as atividades realizadas na melhor evidência disponível, procurando assim demonstrar o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista nomeadamente ao suportar a prática clínica na investigação e conhecimento (OE, 2010a).

✓ Desenvolver competências comunicacionais, no sentido de otimizar o *handover* na equipa de enfermagem, em contexto de UCI”.

No que diz respeito ao segundo objetivo, a principal atividade que me permitiu refletir foi a de assistir à passagem de informação de diferentes profissionais, tanto enfermeiros como à própria passagem da equipa médica, tendo conseguido constatar que não existe nenhuma forma estruturada de passagem de informação entre a equipa, apesar de estar prevista a utilização de uma mnemónica (nomeadamente a SBAR) para a transmissão de informação entre profissionais, no âmbito do projeto STOP Infecção.

Pude ainda, em contexto de estágio, consultar a base de dados do programa que conteria as informações das 18 UCI que integram o projeto, tendo constatado a

inexistência de quaisquer registos neste indicador, indiciando que, provavelmente, a pertinência desta temática, ainda não se encontra suficientemente difundida nas várias UCI.

Face a esta evidência, a equipa de gestão do serviço mostrou-se disponível para a implementação e divulgação desta estratégia no serviço, sobretudo porque o mesmo tinha sofrido recentemente uma mudança estrutural significativa, com a inclusão de vários elementos de diferentes UCI do Centro Hospitalar (cerca de um terço dos elementos).

Assim, e tendo por base a folha de registos da UCI, estruturei uma ação de formação (Apêndice III e IV), assente na mnemónica ISBAR, adaptada a este contexto.

Precedida por uma breve avaliação de diagnóstico (Apêndice V e VI), esta ação constituiu-se como um momento de aprendizagem pessoal, e permitiu que os profissionais presentes pudessem refletir na sua ação, e partilhar dificuldades percecionadas na sua prática (Santos, 2008).

Nesta sessão estiveram presentes 15 enfermeiros, incluindo os elementos da equipa de gestão, nomeadamente a Enfermeira Chefe, que salientou a pertinência da temática e que destacou a conveniência de incluir esta mnemónica nos documentos já existentes no serviço, ao invés da criação de um novo documento, o que poderia causar dificuldades na sua implementação. Da avaliação escrita da sessão formação (Apêndice VII), os participantes consideraram o tema muito importante, sobretudo para a sua prática profissional (Apêndice VIII).

Esta atividade permitiu-me não só desenvolver competências comunicacionais com os meus pares, como me permitiu mobilizar competências formativas de seleção e exposição de informação, despertando o interesse da equipa para uma temática até então desvalorizada, mobilizando competências comuns do enfermeiro especialista, enquanto elemento facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho (OE, 2010a).

Ainda no cumprimento deste objetivo tive ainda oportunidade de escrever uma nota de transferência usando a mnemónica ISBAR e de realizar o *handover* de uma doente de nacionalidade Alemã, para uma equipa multidisciplinar daquela nacionalidade que fez o acompanhamento desta doente, da unidade em questão para o país de origem. A sistematização de informação transmitida (traduzida, entretanto para inglês) foi uma mais-valia nesta ocorrência e facilitou a passagem de

informação e de responsabilidade nos cuidados entre os profissionais, assegurando a continuidade dos mesmos, apesar de estes não se conhecerem previamente, tendo demonstrado o que havia tido conhecimento na literatura.

2.1.2 – Contexto de Estágio III

Na continuação do percurso desenvolvido no primeiro contexto de estágio procurei, neste terceiro contexto, mais do que prestar cuidados à pessoa em situação crítica, mobilizar e aprofundar competências que adquiri ao longo de todo o meu percurso profissional e muito particularmente no contexto anterior.

Esta UCI é uma UCI de nível III (sala 1 em *open-space*, num total de 4 camas, com rácio de 2:1 enfermeiros), com capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais; podendo proporcionar, de modo ocasional ou permanente, acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas, como por exemplo: neurocirurgia, cirurgia cardíaca ou torácica, cirurgia vascular (entre outras), tendo em permanência médico com preparação específica.

Tem ainda valência de nível I (Sala 2 em *open-space* num total 4 camas com rácio de 4:1 enfermeiros), e três quartos com capacidade de isolamento de contacto, com capacidade ambivalente (nível I/III, com rácio de 2:1 enfermeiros) em função das necessidades de cuidados, todas com acesso a todos os meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários, nomeadamente técnicas de substituição da função renal, ou ECMO.

A proveniência dos doentes resulta sobretudo de transferências internas, de enfermarias, por degradação do quadro clínico, do serviço de urgência e do bloco operatório. Além destes, esta unidade admite ainda doentes provenientes de outros hospitais, dentro do que está previsto na gestão regional e nacional de vagas em unidade de cuidados intensivos.

A aceitação de admissão dos doentes é exclusivamente médica, sendo feita com base na necessidade em termos de cuidados quer de nível I /III, tendo como critérios de admissão Falência respiratória; Falência cardíaca; Falência multiorgânica; Pós-operatório, com necessidade de vigilância continua; Transplante renal (pós-operatório).

2.1.2.1 – Objetivos e Atividades desenvolvidas

Tal como para o contexto anterior, para este foram definidos dois objetivos específicos, sendo as atividades desenvolvidas apresentadas em cada um deles

- ✓ Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica em UCI

Procurando cuidar de pessoas a vivenciar processos complexos de doença, assumi, desde o primeiro turno, a responsabilidade na prestação de cuidados especializados a doentes com potencial de falência orgânica, e que se encontravam em nível III.

Sendo um período de estágio curto, e dada a casuística à data no serviço, só consegui prestar cuidados a uma pessoa vítima de trauma. Além desta, pude ainda prestar cuidados a outras pessoas que se encontravam em nível III ou nos quartos individuais, dentro daquilo que é o trabalho em equipa e o espírito colaborativo que norteia a prestação de cuidados na UCI.

O facto de ser um enfermeiro do mesmo centro hospitalar, e de já conhecer previamente alguns dos elementos do serviço, quer enfermeiros, quer médicos, facilitou em muito a minha integração e o meu desempenho, minorando assim o impacto de uma dificuldade antecipada, ou seja, a curta duração do estágio neste contexto.

À semelhança do primeiro contexto, tive oportunidade de avaliar o quadro neurológico dos doentes, usando a escala de coma de Glasgow, a escala de agitação-sedação de Richmond e pude ainda, num dos doentes, avaliar o Índice bispectral (BIS), ferramenta muito utilizada em contexto de bloco operatório, e com qual não tive dificuldades de trabalhar, tendo conseguido mobilizar conhecimentos adquiridos, de um dos meus contextos laborais.

Na comparação entre os dois contextos, saliento como barreira inicial a tipologia de registos. Neste contexto, ele é totalmente informatizado (invés do registo misto¹⁸), sendo as notas de enfermagem em texto livre (em vez da utilização da linguagem CIPE). Outra diferença significativa é que o registo dos parâmetros vitais é exportado automaticamente do monitor do doente para o seu registo informático,

¹⁸ registo informático e em suporte de papel

libertando assim o enfermeiro da realização desta transcrição, podendo estar assim, mais disponível para a implementação de intervenções de enfermagem.

Neste tipo de contexto, o controlo metabólico e analítico tem particular importância dada a gravidade e instabilidade clínicas, pelo que também aqui, pude ter contacto com um grande suporte tecnológico, desde os dispositivos de monitorização hemodinâmica, com particular relevo na monitorização invasiva. O facto de estar familiarizado com a especificidade dos equipamentos facilitou em muito a minha atuação, permitindo a mobilização de conhecimentos na compreensão das alterações dinâmicas das pessoas a quem prestei cuidados, compreendendo melhor a sua realidade (Locsin, 2017).

Ainda no que diz respeito à monitorização hemodinâmica do doente, tive oportunidade de utilizar a Behavioural Pain Scale (BPS), mobilizando conhecimentos, na continuidade do desenvolvimento de competências no meu primeiro contexto de estágio, sendo a avaliação da dor é uma parte essencial dos cuidados de enfermagem numa UCI (Urden, Stacy & Lough, 2008).

Outro aspeto de relevo neste contexto foi o da gestão do regime terapêutico de cada doente, quer pela sua variedade quer pelas suas particularidades, constituindo etapa fundamental no tratamento da pessoa em situação crítica (Urden, Stacy & Lough, 2008). No sentido de satisfazer e demonstrar esta competência, foi fundamental aprofundar alguns conhecimentos sobre terapêutica, sobretudo aquela com a qual não lido diariamente (como a dexmedetomidina) o que me ajudou a gerir protocolos terapêuticos complexos, procurando dar resposta às necessidades individuais identificadas.

No âmbito da prevenção e controlo de infeção, foi facilitador para mim, o facto desta UCI estar integrada no programa STOP Infeção – desafio Gulbenkian, à semelhança do primeiro contexto de estágio, possuindo ambas semelhantes estratégias implementadas para o controlo e diminuição da incidência da infeção nosocomial. Destas, destaco 3 vetores de atuação que tiveram bastante impacto na minha prática diária, sendo eles o controlo de infeção associado à ventilação, ao trato urinário e à manutenção do CVC. Outros vetores de atuação que se mostraram importantes, mas que não me eram desconhecidos, dizem respeito à lavagem e desinfeção das mãos e ao uso de equipamento de proteção individual.

Pude constatar que apesar das diferenças organizacionais destes dois contextos, o respeito pelos princípios dos vetores de atuação, e a implementação e

auditoria de medidas para o seu cumprimento, permite resultados muitos semelhantes, entre os dois contextos.

Outro aspeto que também se mostrou muito relevante neste período de estágio foi o da comunicação com a PSC e a sua família. Transpondo para este contexto a minha experiência pessoal e os conhecimentos desenvolvidos no contexto anterior, encetei junto das pessoas ao meu cuidado, estratégias comunicacionais que visavam a sua reabilitação e integração nos cuidados. O envolvimento da família torna-se ferramenta útil na promoção do conforto emocional da pessoa, podendo ser benéfica para a sua recuperação (Nantz & Hines, 2015).

- ✓ Desenvolver competências comunicacionais, no sentido de otimizar o *handover* na equipa de enfermagem, em contexto de UCI”.

Das atividades planeadas no projeto de estágio, para o cumprimento deste objetivo saliento os momentos de discussão, com diferentes elementos do serviço, já que me permitiram, mais que a integração no serviço, um rápido envolvimento na sua dinâmica, e ter contato com algumas dificuldades, percecionadas pelos próprios, e métodos desenvolvidos para as ultrapassar.

Tendo sido identificada uma lacuna na estruturação da comunicação entre enfermeiros, em momentos de *handover*, depois de validada com a Enf^a Chefe, e com a colaboração desta, foi definida a melhor estratégia de chegar à equipa, tendo sido determinada, a realização de uma sessão de formação, com o objetivo de sensibilizar a equipa para a temática, nomeadamente da necessidade de sistematizar a informação a ser transmitida.

Nessa sequência, e após a observação das estratégias utilizadas pelos enfermeiros do serviço, para reter informação transmitida em momentos de *handover*, foram ainda criados dois documentos, que, não acrescentando carga de trabalho aos profissionais, os pudesse auxiliar no registo de informação. Foram então criadas e implementadas 2 folhas, uma vocacionada para o Chefe de equipa (Apêndice IX) outra para o enfermeiro prestador de cuidados (Apêndice X).

Estes documentos nasceram da necessidade e uso recorrente dos enfermeiros do serviço, ao registo da informação considerada mais pertinente a ser transmitida em momentos de *handover*, e da dificuldade de estruturar essa informação de forma automática a partir dos registos informáticos, tendo sido bem acolhidas pelos enfermeiros do serviço.

Este percurso de desenvolvimento de competências em UCI foi para mim fundamental enquanto futuro enfermeiro especialista na medida que me permitiu no o desenvolvimento de competências nesse contexto, ou contextos, desenvolver conhecimentos da dinâmica, constrangimentos e necessidades dos mesmos.

Quanto ao desenvolvimento de competências, destaco aquelas desenvolvidas no domínio da prevenção e controlo de infeção, e da gestão de regimes terapêuticos complexos, especificamente no âmbito da sedação e gestão da dor, cujo contributo teve e tem impacto na minha prática diária.

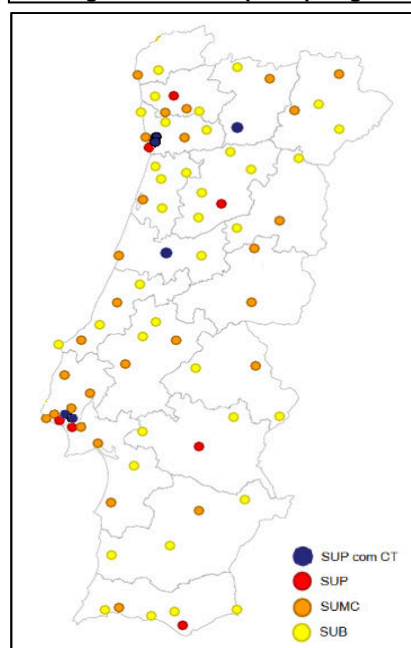
2.2 – O Serviço de Urgência

Os SU “*são 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*” (Despacho Normativo nº 11/2002, p.1865).

Apesar de em 1968 terem sido, pela primeira vez, uniformizados os hospitais, a sua organização e as carreiras da saúde (médicos, enfermeiros, administração e farmácia)¹⁹, a necessidade de estruturar os cuidados de saúde tendo em conta a gravidade das patologias, só foi identificada no final da década de 90 do séc. passado, tendo sido criadas, desde 1996, 3 comissões que deram origem a 3 reestruturações da Rede Hospitalar de Urgência/Emergência (RHUE), tendo a última sido implementada em 2015.

A preocupação, inerente à criação da RHUE, foi fundamentada nas necessidades em saúde da população, e em critérios de distribuição de rácios, de instalações, equipamentos e recursos humanos (DGS, 2001), sendo, atualmente, constituída por três níveis de assistência: os serviços de urgência básicos (SUB), médico-cirúrgicos (SUMC) e os serviços de urgência polivalente (SUP) (Despacho n.º 10319/2014).

Figura 3 - Mapa dos SU em Portugal Continental por Tipologia



Adaptado de DGS, 2012

¹⁹ através do Decreto-Lei n.º 48357, e do Decreto-Lei n.º 48358, ambos de 27 de abril, que criam, respetivamente, o Estatuto Hospitalar e o Regulamento Geral dos Hospitais

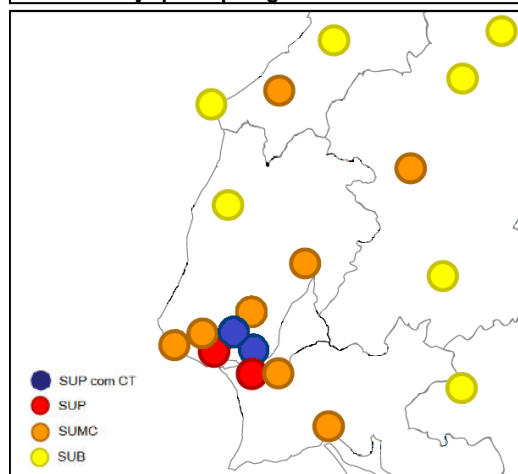
Além da definição da rede de SU em três níveis de resposta com uma ordem crescente de recursos e de capacidade de resposta, a reforma de 2015 salienta ainda, pela primeira vez, a importância da linha de atendimento telefónico Saúde 24, integra as VMER como parte integrante dos Serviços de Urgência, partilhando com estes, recursos humanos e materiais, mas mantendo-se organicamente dependentes do INEM, em função da população abrangida e do tempo de distância ao SU.

É sustentado e mantido o tempo máximo de chegada a qualquer serviço de urgência de 60 minutos (definido na reforma de 2007), sendo privilegiada a incorporação progressiva do conceito de *bypass* de Pontos de Rede, de forma a conseguir o encaminhamento mais célere de doentes graves ou específicos para o local capaz do seu tratamento definitivo, dos quais são exemplo os doentes que se enquadram num dos 4 protocolos de via-verde (AVC, Sépsis, Coronária e Trauma) (Despacho n.º 10319/2014).

A reforma de 2015 define e atribui ainda a responsabilidade de Centro de Trauma (CT) aos SUP dedicados ao traumatizado, acometendo-lhes a responsabilidade do tratamento sistematizado e definitivo destes doentes e define também as características dos Centros de Oxigenação por Membrana Extracorporal (ECMO) e Centros de Medicina Hiperbárica.

Especificamente para cada SU, são definidas áreas físicas necessárias, recursos humanos e materiais, bem como protocolos de encaminhamento interno, constituição preferencial de equipas de profissionais de saúde dedicados à urgência e as competências e capacidades mínimas de formação titulação e creditação, dos seus profissionais (MS, Despacho n.º 10319/2014).

Figura 4 -Mapa dos SU na Região de Lisboa e Vale do Tejo por Tipologia



Adaptado de DGS, 2012

2.2.1- Contexto de Estágio II

O SU onde decorreu este período de estágio é um serviço de urgência polivalente, da área de Lisboa, e está inserido num centro hospitalar de referência do SNS.

De acordo com dados do SNS²⁰ teve, nos anos de 2016 e 2017, cerca de 100 mil episódios de urgência geral (respetivamente 106 321 e 102 677) com uma média diária de cerca de 290 episódios/dia (290 em 2016, 281 em 2017).

Apesar de não ter tido acesso a dados estatísticos sobre o *case-mix* de admissão, a perceção dos profissionais do serviço é que as vítimas de trauma são 1/4 a 1/3 das admissões totais, e destas cerca de 80% são de vítimas de trauma menor, e que só 1-2% são vítimas de trauma grave, tendo estes números sofrido um decréscimo em resultado das alterações à RHUE de 2014, nomeadamente pela implementação dos CT, que tem centrado a abordagem de doentes vítimas de trauma, noutros serviços de urgência na área de Lisboa.

2.2.1.1 – Objetivos e Atividades

A razão da escolha deste local para estágio prendeu-se com o facto de ser um Serviço de Urgência Polivalente com vasta experiência na abordagem e avaliação da pessoa vítima de trauma, e pelo trabalho, desde 2013 na aplicação da Revised Trauma Score (RTS), pelo que tanto o principal objetivo como as atividades traçadas, visaram a observação da abordagem das vítimas de trauma neste contexto, o registo de trauma e o *handover*.

- ✓ Desenvolver competências comunicacionais, no sentido de otimizar o *handover* na equipa de enfermagem, em contexto de Urgência”.

Tendo em conta a minha experiência profissional na área da urgência e emergência, após ter tido conhecimento e contacto com as características físicas do serviço em questão, onde me foi apresentada a organização do serviço e o percurso do utente no serviço, nomeadamente o da pessoa vítima de trauma, optei, em conjunto com o meu orientador clínico por restringir a minha observação e prestação de cuidados ao Balcão de Trauma e à Sala de Reanimação.

²⁰ <https://transparencia.sns.gov.pt>

Uma das características deste serviço de urgência, que difere do meu contexto profissional, e que achei interessante foi a existência de um local (balcão de trauma) onde é acolhido toda a vítima de trauma que recorre ao serviço de urgência sem acompanhamento diferenciado e sem clara evidência de gravidade clínica.

Tive oportunidade, ao longo dos turnos de observar o acolhimento e abordagem de pessoas vítimas de trauma. De acordo com a casuística dos turnos realizados, foram comuns as quedas sobretudo em pessoas de idade acima dos 65 anos e os acidentes escolares ou desportivos. Como esperado, foram raros (dois durante todo o período de estágio) as vítimas de acidente de viação, ou com trauma major.

Uma das características interessantes deste balcão de trauma é que fica localizado junto ao gabinete de observação de Cirurgia Geral, de Ortopedia e à sala de Rx. Contudo só tem capacidade para 3 pessoas.

A abordagem das vítimas cumpriu os princípios ABCDE, ainda que alguns dos enfermeiros não tivessem formação específica em trauma. O facto de o acolhimento, abordagem inicial e triagem ocorrerem neste local (quase em exclusividade) facilita a aplicação do registo de trauma e da RTS.

O registo adequado e oportuno, das necessidades identificadas e dos cuidados prestados, da evolução clínica da pessoa durante a reanimação ou permanência no serviço de urgência é fundamental para a continuidade de cuidados, particularmente em vítimas de trauma, sendo ainda essencial na transferência para cuidados definitivos (ENA, 2007), além de que representam um papel fundamental na proteção legal da vítima e dos próprios profissionais de saúde (Sheehy, 2011; OE, 2009), sendo um instrumento necessário na avaliação da qualidade dos cuidados prestados.

Dada a curta duração do estágio, optei, com o acordo do meu orientador clínico por não desenvolver competências na ótica do utilizador, nos sistemas informáticos do serviço²¹ (HCIS), tendo-os consultado pontualmente aquando da realização do registo de trauma, no momento de admissão da pessoa.

²¹ *Health Care Information Systems (HCIS).*

Tive oportunidade de colaborar na prestação de cuidados neste contexto aos utentes que foram acolhidos no balcão de trauma, tendo tido oportunidade de discutir entre pares métodos de adequação de procedimentos, nomeadamente na remoção, substituição e/ou manutenção de dispositivos de imobilização tais como colares cervicais, planos duros, trações cutâneas, entre outros.

Esta partilha entre pares, de conhecimento e experiência foi o maior contributo deste contexto de estágio que, a par das discussões com o meu orientador clínico, sobre o impacto da reestruturação da RHUE neste contexto, me permitiu tomar consciência do desafio de ser um enfermeiro num serviço de urgência, que não tendo responsabilidade de centro de trauma, necessita de manter *know-how* para assegurar a qualidade deste tipo de cuidados.

O *handover* neste contexto não é estruturado, apesar de vários dos enfermeiros com quem tive contacto terem conhecimento de mnemónicas que facilitem o processo, tendo sido curioso constatar que à medida que fui estabelecendo contacto com os vários enfermeiros no balcão de trauma, e falando da minha temática de projeto, os mesmos demonstravam uma preocupação em aplicá-la, reconhecendo verbalmente que a sua aplicação facilitava a seleção de informação transmitida.

Na sala de reanimação, e indo de acordo com o esperado, a casuística de vítimas de trauma foi quase inexistente (à exceção de um) tendo existido oportunidade de prestar de cuidados a pessoas vítimas de doença súbita.

Aqui, sempre que tive oportunidade, e apesar de não ter sido delineado como objetivo inicial, colaborei na prestação de cuidados à PSC, e dos quais fizeram parte a monitorização hemodinâmica, otimização de ventilação (sobretudo Não-Invasiva) e/ou gestão de medidas terapêuticas.

A Ventilação Não-Invasiva (VNI) é definida como um tipo de ventilação, cuja interface não contempla intubação traqueal (Marcelino, 2008) sendo a mesma realizada (em contexto de doença aguda ou agudização de doença crónica) por máscara facial. A VNI tem indicações específicas, (e uma crescente utilização no pré-hospitalar) particularmente pela sua fácil implementação, contudo o seu sucesso depende da colaboração da pessoa e do empenho dos profissionais (Marcelino, 2008).

O facto da sua implementação ser uma constante na minha prática diária, foi facilitador na mobilização de conhecimentos para este contexto, tendo permitido

adequar e implementar cuidados altamente diferenciados num contexto desconhecido e cujo estágio era de curta duração.

2.2.2 – Contexto de Estágio IV

O último campo de estágio escolhido foi o meu contexto laboral, que é um dos dois serviços de urgência polivalente com centro de trauma da área de Lisboa estando inserido num centro hospitalar de referência do SNS, constituindo-se como referência regional e nacional do sistema de saúde português.

Na preparação do estágio realizei uma reunião com o Enfermeiro Chefe do serviço (que foi também o orientador clínico), com o propósito de apresentar os objetivos do projeto e selecionar as melhores estratégias para o seu desenvolvimento e implementação no serviço, sendo minha intenção que este trabalho, mais do que um projeto meramente académico, tivesse um impacto no serviço na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, sobretudo daqueles prestados à pessoa vítima de trauma, e que tivesse continuidade após o final do estágio.

O Serviço é composto por duas grandes áreas: o ambulatório e o internamento, consistindo este numa Sala de Observações (SO) equiparada a UCI nível I. Esta é polivalente tendo capacidade para acolher dezasseis pessoas, com patologia de qualquer especialidade, tendo ainda capacidade física para três macas.

A equipa de enfermagem é constituída por 97 enfermeiros dos quais 2 constituem a equipa de gestão, estando os restantes 95 distribuídos por 5 equipas com horário rotativo, cada uma com um chefe de equipa, que assume a coordenação da equipa em todos os turnos, gere os cuidados e otimiza a resposta da equipa de enfermagem, em função dos fluxos de trabalho, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados prestados (OE, 2010a).

2.2.2.1 – Objetivos e Atividades desenvolvidas

Sendo enfermeiro deste serviço desde que iniciei a minha atividade há 13 anos, tenho acompanhado a evolução e melhoria contínua na prestação de cuidados no serviço em questão, em particular às pessoas vítimas de trauma. Além da implementação das normas e recomendações da DGS, tem havido um esforço para que todos os profissionais do serviço tenham, entre outras, competências específicas na abordagem e tratamento das pessoas vítimas de trauma, sendo que à data de realização do estágio cerca de 80% dos enfermeiros tinham formação específica (por frequência e aprovação do ATCN), sendo que os restantes 20% estavam à menos de 6 meses no serviço, tendo realizado o curso durante o ano de 2017.

Nesse sentido fez sentido que o trabalho que pretendia desenvolver representasse uma melhoria na continuidade dos cuidados, sustentada pelo esforço desenvolvido no serviço nos últimos anos indo ao encontro do dever deontológico de *“assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas”* (OE, 2015, p.69).

Por outro lado, a prossecução deste objetivo no meu contexto laboral pode ser enquadrada no desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, na medida em que este, de acordo com aquele regulamento, tem como uma das suas áreas de competência, o domínio da melhoria da qualidade de cuidados, nomeadamente ao:

- “a) Desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;*
- b) Conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade;*
- c) Criar e manter um ambiente terapêutico e seguro”* (OE, 2010a, p.3).

- ✓ Desenvolver competências comunicacionais, no sentido de otimizar o *handover* na equipa de enfermagem, em contexto de Urgência

Além do registo, a passagem de ocorrências é um momento importante para assegurar a passagem de informação e responsabilidade na continuidade e instituição de cuidados. É um momento dinâmico e no qual não só a informação transmitida, mas também a forma como a mesma é transmitida é importante, sendo que a comunicação não-verbal entre profissionais tem um papel determinante na compreensão e aceitação do que é transmitido, sobretudo em profissionais com diferentes níveis de competência ou responsabilidade (De Lange, Van Eeden & Heyns, 2017).

A comunicação é por vezes difícil em equipas de saúde interdisciplinares, onde a hierarquia que resulta das relações profissionais e dos aspetos culturais da instituição, pode promover barreiras a essa comunicação e levar, conseqüentemente, ao erro, sendo essencial o desenvolvimento do trabalho em equipa (Santos et al, 2010).

Uma equipa deve ter características específicas que a diferenciam, e que devem permitir que a mesma atinja níveis de qualidade e eficiência superiores ao trabalho individual de cada um, e dos quais se destaca a qualidade no processo de comunicação interprofissional (Santos et al, 2010).

A estruturação da informação a ser transmitida, permite diminuir o impacto da “forma”, centrando o foco dos profissionais no conteúdo, assegurando a segurança dos cuidados e a redução dos eventos adversos, evitando lacunas de comunicação e promovendo uma comunicação sustentada em todo o *continuum* de cuidados (Cudjoe, 2016).

Sendo que neste serviço não existia uma estratégia formal utilizada por todos os enfermeiros, o cerne do trabalho constituiu-se na criação de uma norma que uniformizasse a passagem de informação em momentos de *Handover*.

Na criação da mesma, foi importante recolher os contributos da experiência dos profissionais do serviço, e integrar os conceitos que se encontram bem sedimentados no mesmo, na abordagem da Pessoa em Situação Crítica, nomeadamente a estratégia ABCDE FGHI.

Assim, na criação da norma, esta foi incluída no A (Avaliação) da mnemónica ISBAR, sugerindo-se a menção de achados segundo uma observação cefalo-caudal, quando aplicável.

Para implementação da referida norma foram realizadas 5 ações de formação, nas duas semanas em que decorreu o período de estágio, com o objetivo de abranger o máximo de enfermeiros do serviço, não só para sensibilização da temática, mas também para facilitar a sua implementação e esclarecimento de dúvidas.

As 5 sessões, planeadas de acordo com as indicações do orientador clínico, constituíram-se como momentos de partilha muito interessante entre os enfermeiros do serviço, tendo despertado junto de vários colegas, nomeadamente recém-chegados ao serviço (e alguns deles sem ou com pouca experiência profissional), o interesse num domínio que lhes sendo novo, permitiu facilitar o processo de integração na equipa multidisciplinar, de acordo com o que pude apurar junto de alguns, já após a conclusão do período de estágio, tendo a adesão dos enfermeiros às sessões sido na ordem dos 67% (n=64) da equipa (apêndice VIII), tendo sido considerada que foi muito boa.

Curiosamente, durante a realização das mesmas foi publicada pela DGS a Norma n.º 001/2017 - Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde, salientando a importância da utilização da técnica ISBAR, em momentos de transmissão de informação entre profissionais, o que, de certa forma, veio sustentar o trabalho desenvolvido ao longo do estágio.

Esta publicação vem na linha do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, aprovado por Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de fevereiro (2015), pelo Ministério da Saúde, no qual já era expressa preocupação na comunicação entre profissionais, identificando-a como elo que liga todo o processo de prestação de cuidados, como são exemplo as transferências de responsabilidade de cuidados das passagens de turno, transferências e altas. Este despacho expressava ainda a necessidade de os profissionais aplicarem métodos com vista à melhoria da gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde, e por sua vez a segurança das pessoas doentes.

Além da criação da norma, foi ainda reformulada a folha “Registo de Doentes em SO”²². Pretende-se, com a reformulação desse registo, realizada de acordo com as indicações do orientador clínico, que este seja um instrumento facilitador do *handover* entre enfermeiros com a responsabilidade de Coordenação de SO, além de poder, no futuro, constituir-se como instrumento de avaliação da carga de trabalho de enfermagem, neste contexto.

Desenvolver este trabalho no meu contexto laboral, teve como elemento facilitador, ter tido interesse e apoio por parte do Enfermeiro Chefe, que foi também meu orientador clínico, e que estando desperto para a pertinência desta temática no contexto em questão, sempre se mostrou disponível no desenvolvimento implementação desta estratégia como ferramenta promotora da continuidade e consequentemente da qualidade e da segurança de cuidados.

²² Instrumento que regista o movimento de admissão e saída de doentes na Sala de Observação

3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sendo a comunicação um processo fundamental das relações interpessoais, ela toma especial relevância nas relações de trabalho, sobretudo naquelas que lidam com pessoas em particular vulnerabilidade como são as pessoas doentes e a sua família (Ferreira, Brás & Barbieri 2016). Contudo ela é frequentemente desvalorizada pelos profissionais, que a revestem de características que se traduzem em barreiras à própria comunicação, dificultando a transmissão de informação fundamental para a continuidade de cuidados (De Lange, Van Eeden & Heyns, 2017) e criando obstáculos para a assunção de responsabilidade na prestação dos mesmos, pondo em risco o bem-estar e a segurança das pessoas sujeitas a cuidados (Benner, Kyriakidis & Stannard, 2011).

Uma prática clínica baseada na evidência e de cariz científico requer uma comunicação competente, assente em sólidos princípios éticos e técnicos, para uma tomada de decisões sensata, sustentada e adequada perante um quadro clínico de uma pessoa que é dinâmico e, muitas vezes, ainda não totalmente esclarecido (Benner, Kyriakidis & Stannard, 2011).

A realização de julgamentos clínicos e a sua interpretação são necessariamente sujeitas a um filtro social individual que, sendo fonte de ambiguidade, pode provocar na equipa disrupções no cuidado, além de desacordo e mal-entendidos, que poderão afetar a efetividade da resposta naquela e em posteriores situações de cuidados (Benner, Kyriakidis & Stannard, 2011), o que em situações de natureza multidisciplinar e tempo-sensitivas, como o trauma, pode ter repercussões na atempada identificação de lesões e instituição de cuidados e consequentemente, no aumento da morbilidade e sobrevivência das vítimas de trauma.

Na conclusão da análise deste percurso, gostaria de destacar que todos os contextos de estágio proporcionaram um clima favorável para o desenvolvimento de competências no âmbito do curso de mestrado, tendo sido muito bem-recebido por parte dos serviços e colegas em questão.

Estes contextos proporcionaram ainda situações de cuidados que me permitiram ter contacto com outras realidades e outras práxis, mas sob semelhantes preocupações, tendo sido fonte de partilha de conhecimento. Os momentos de

discussão foram profícuos no estabelecimento desta relação e permitiram-me também estreitar relações entre esses contextos e o meu contexto pessoal, perspectivando-se como uma mais valia para o desenvolvimento de trabalhos e projetos futuros.

Ao longo do percurso de estágio procurei desenvolver / demonstrar competências de uma intervenção especializada de enfermagem no âmbito da Pessoa em Situação Crítica mobilizando conhecimentos e demonstrando responsabilidade profissional nas atitudes, julgamentos, decisões e intervenções tomadas, de acordo com as normas ético-deontológicas, e os padrões de qualidade no exercício profissional, definidas pela OE no âmbito das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em PSC, tendo ainda procurado desenvolver e demonstrar competências para a obtenção do grau de mestre, tendo por base os descritores de Dublin e os objetivos definidos para o CMEPSC.

No âmbito da prestação e gestão de cuidados diferenciados de excelência à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica, antecipando os focos de instabilidade e risco de falência orgânica, julgo ter conseguido mobilizar todo o conhecimento, experiência profissional e competências adquiridas ao longo de 13 anos, e os contributos da fase curricular do curso de Mestrado, tendo-os consolidado, pela observação, análise e partilha, nos contextos que frequentei, tendo colaborado com total disponibilidade com os enfermeiros orientadores e a restante equipa, nas tomadas de decisão.

No desenvolvimento de competências relacionais com a PSC e sua família/ pessoa significativa, promovendo uma relação terapêutica, considero que, nas oportunidades que tive, consegui mobilizar e desenvolver estratégias adequadas diminuindo o impacto da Situação Crítica e da complexidade associada, favorecendo o restabelecimento possível das dinâmicas familiares.

No que diz respeito à intervenção na prevenção e controlo das IACS perante a PSC, procurei assegurar o cumprimento das boas práticas nos vários domínios, partindo das recomendações internacionais, nacionais e dos centros hospitalares onde realizei estágio, assente em sólidos conhecimentos técnico-científicos.

Na avaliação dos objetivos e atividades traçadas, creio que os mesmos foram globalmente atingidos sendo que escolha dos contextos de estágio permitiu uma

complementaridade de experiências, permitindo o desenvolvimento de competências.

As principais dificuldades sentidas prenderam-se com o processo de reflexão e sua transposição para os documentos parcelares. Contudo, a experiência da prática reflexiva permitiu-me desenvolver uma visão mais global e crítica, que tem hoje e terá certamente no futuro, repercussão na particularidade da minha prática, mas sem dúvida em todos os aspetos da minha vida profissional.

O curso de mestrado em geral e o estágio final em particular, representam uma etapa, para mim, fundamental no crescimento profissional, sendo que este relatório espelha, da melhor forma possível, a necessidade e a repercussão que uma intervenção especializada de enfermagem pode ter, na melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Essa intervenção traduz também responsabilidade para o profissional (e em primeira instância para mim) perante as pessoas sujeitas a cuidados, a sua família, mas também perante a restante equipa, sendo que este não é o fim de um trabalho, mas antes um continuar (senão o começo) de um *Gold-standard* na prestação de cuidados em contexto de urgência particularmente às vítimas de trauma.

É minha vontade (e creio ter algum apoio institucional para o pôr em prática) que este trabalho seja impulsionador de outros nesta temática, em contextos complexos como o da urgência, e que possa dar origem a trabalhos de investigação com vista à melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adamski, P. (2007). JCAHO solutions. Implement a handoff communications approach. *Nursing Management*, 38(1), 10-12.
- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, Estágios Clínicos e Desenvolvimento de Competências. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(3), 373–382. doi:10.1590/S0104-07072005000300008.
- Almeida, M., & Ribeiro, J. (2008). Stress dos Doentes nos Cuidados Intensivos. *Referência*, n.º7, pp. 79-88. Acedido em: 02/01/2018, Disponível em: <http://www.index-f.com/referencia/2008pdf/7-7988.pdf>
- American College of Surgeons (2008). *Advanced Trauma Life Support for Doctors*. Chicago: American College of Surgeons.
- Arai, S., Stotts, N., & Puntillo, K. (2013). Thirst in Critically Ill Patients: From Physiology to Sensation. *American Journal of Critical Care*, 22(4), 328–335. doi:10.4037/ajcc2013533.
- Arora, V., & Johnson, J. (2006). National patient safety goals. A model for building a standardized hand-off protocol. *Joint Commission Journal On Quality & Patient Safety*, 32(11), 646-655.
- Batalha, L., Figueiredo, A., Marques, M., & Bizarro, V. (2013). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioural Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP / PT). *Referência*, 7–16.
- Behara, R., Wears, R., Perry, S., Eisenberg, E., Murphy, L., Vanderhoef, M., & ... Cosby, K. (2005). A Conceptual Framework for Studying the Safety of Transitions in Emergency Care.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito - Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. (Queirós, A.). Coimbra: Quarteto Editora. (Tradução original do Inglês From Novice To Expert - Excellence and Power in Clinical Nursing Practice, 2001, Pearson Education, Inc).
- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The Primacy of Caring - Stress and Coping in Health and Illness*. Menlo Park, California (USA): Addison Wesley Longman.
- Benner, P., Kyriakidis, P., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care: A Thinking-in-Action Approach* (2a ed.). New York.

- Boyd, D. (2011). Trauma Nurses: Historical Notes and Appreciation. *Journal of Trauma Nursing*. Vol. 18, nº 3. pp. 187-192.
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. (2013). *Nursing as caring - A Model for transforming Practice*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Branco, M. (2009). Prefácio. in *Competências Profissionais dos Enfermeiros: A Excelência do Cuidar*. Lisboa: Editorial Novembro
- Calleja, P., Aitken, L., & Cooke, M. (2011). Information transfer for multi-trauma patients on discharge from the emergency department: mixed-method narrative review. *Journal Of Advanced Nursing*, 67(1), 4-18 15p. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05494.x
- Carter, A., Davis, K., Evans, L., & Cone, D. (2009). Information Loss In Emergency Medical Services Handover of Trauma Patients. *PreHospital Emergency Care*, 13, 280-285. doi:10.1080/10903120802706260
- Carvalho, R. (2003). *Parcerias na Formação. Papel dos orientadores Clínicos. Perspetivas dos actores*. Loures: Lusociência.
- Catchpole, K. R., Gangi, A., Blocker, R. C., Ley, E. J., Blaha, J., Gewertz, B. L., & Wiegmann, D. A. (2013). Flow disruptions in trauma care handoffs. *The Journal Of Surgical Research*, 184(1), 586-591. doi:10.1016/j.jss.2013.02.038
- Crocker, C., & Scholes, J. (2009). The Importance of Knowing the Patient in Weaning from Mechanical Ventilation. *Nursing in Critical Care*, 14(6), 289–296. doi:10.1111/j.1478-5153.2009.00355.x.
- Cudjoe, K. G. (2016). Add Identity to SBAR. *Nursing Made Incredibly Easy!* 14(1), 6–7. doi:10.1097/01.NME.0000475212.01090.46.
- Daud-Gallotti, R., Costa, S., Guimarães, T., Padilha, K., Inoue, E., Vasconcelos, T., ... Levin, A. (2012). Nursing Workload as a Risk Factor for Healthcare Associated Infections in ICU: A Prospective Study. *PLoS ONE*, 7(12), e52342. doi:10.1371/journal.pone.0052342.
- De Lange, S., Van Eeden, I., & Heyns, T. (2017). Patient handover in the emergency department: "How" is as Important as "what". *International Emergency Nursing*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2017.09.00>
- De Meester, K., Verspuy, M., Monsieurs, K. G., & Van Bogaert, P. (2013). SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: A

- pre and post intervention study. *Resuscitation*, 84(9), 1192–1196. doi:10.1016/j.resuscitation.2013.03.016.
- Decreto-Lei n.º 48357/68, de 27 de Abril do Ministério da Saúde e Assistência. Diário do Governo: I Série, N.º 101 (1968) p. 599. Acedido em: 19/12/2016. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/274542>
- Decreto-Lei n.º 48358/68, de 27 de Abril do Ministério da Saúde e Assistência. Diário do Governo: I Série, N.º 101 (1968) p. 612. Acedido em: 19/12/2016. Disponível em: <https://dre.tretas.org/pdfs/1968/04/27/dre-53159.pdf>
- Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de março (2006). Aprova o Regime Jurídico dos Graus Académicos e Diplomas do Ensino Superior, *Diário da República I Série*, Nº 151 (07-08-2013) 4749-4772.
- Delrue, K. S. (2013). An Evidence Based Evaluation of the Nursing Handover Process for Emergency Department Admissions. Grand Rapids, Michigan: Kirkhof College of Nursing.
- Despacho Normativo nº 11/2002 de 6 de março (2002). Cria o Serviço de Urgência Hospitalar, *Diário da República Série I-B*, Nº 55 (06-03-2002) 1865-1866.
- Despacho nº 10319/2014 de 11 de agosto (2014). Estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica, *Diário da República II Série*, Nº 153 (11-08-2014) 20673-81 20678.
- Despacho nº 13427/2015 de 20 de novembro (2015). Define quais os serviços de urgência que constituem os pontos da Rede de Referência de Urgência/Emergência, *Diário da República II Série*, Nº 228 (13-10-2015) 33814-33816.
- Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de fevereiro (2015). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, *Diário da República I Série A*, Nº 60 (24-03-2006) 2242-2257
- Direção-Geral da Saúde (2001). *Rede hospitalar de urgência/emergência -2001*. Direção de Serviços de Planeamento. Lisboa. Acedido em: 10/12/2016. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/REDE%20DE%20REFERENCIA%C3%87%C3%83O%20DE%20URG%C3%84NCIA%20EMERG%C3%84NCIA.pdf>

- Direção-Geral da Saúde. (2003a). *Circular Normativa nº 09/DGCG - A Dor como 5º Sinal Vital. Registo Sistemático da Intensidade da Dor*. Acedido 30/11/2016. Disponível em: http://www.aped-dor.org/images/documentos/dor_5_sinal_vital/Circular_Dor_5_Sinal_Vital.PDF
- Direção-Geral da Saúde. (2003b). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu Desenvolvimento*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido 22/11/2016. Disponível em: <https://www.saudecuf.pt/descobertas/areas-clinicas/outros-servicos/cuidados-intensivos>
- Direção-Geral da Saúde. (2008). *Circular Normativa nº 11/DSCS/DPCD - Programa Nacional de Controlo da Dor*. Lisboa. Acedido 02/01/2018. Disponível em: http://www.aped-dor.org/images/documentos/controlo_da_dor/Programa_Controlo_da_Dor.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2010). *Circular Normativa nº 07/DQS/DQCO de 31/03/2010*. Estabelece a Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. Direção-Geral de Saúde. 2010. Lisboa. Disponível em: <http://www.dgs.pt/?cr=15763>. Acedido em: 02/01/2018
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor)*. Acedido 05/01/2018. Disponível em: <http://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor-penpcdor.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2015a). *A saúde dos Portugueses - Perspetiva 2015*. Lisboa: Direção Geral de Saúde
- Direção-Geral da Saúde. (2015b). *Norma nº 021/2015 - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação*. Lisboa. Acedido 05/01/2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/.../norma-n-0212015-de-16122015-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2015c). *Norma nº 022/2015 - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central*. Lisboa. Acedido 05/01/2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/.../norma-n-0222015-de-16122015-pdf1.aspx>

- Direção-Geral da Saúde. (2016). *Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos em Números - 2015: Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos*. Lisboa. Acedido 05/01/2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-controlo-da-infecao-e-resistencia-aos-antimicrobianos-em-numeros-2015.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Norma nº 001/2017 - Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde*. Lisboa. Acedido 17/02/2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- Eckerblad, J., Eriksson, H., Kärner, A., & Edéll-Gustafsson, U. (2009). Nurses' Conceptions of Facilitative Strategies of Weaning Patients from Mechanical Ventilation-A Phenomenographic Study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25(5), 225–232. doi:10.1016/j.iccn.2009.06.008.
- ENA. (2007). *Trauma Nursing Core Course*. Emergency Nurses Association.
- Esmaeili, R., Moosazadeh, M., Alizadeh, M., & Afshari, M. (2015). A Systematic Review of the Workload of Nurses in Intensive Care Units Using NAS. *Acta Medica Mediterranea*, 31, 1455–1460. Acedido 02/01/2018. Disponível em: <http://www.actamedicamediterranea.com/archive/2015/special-issue-1/a-systematic-review-of-the-workload-of-nurses-in-intensive-care-units-using-nas/pdf>
- Ferreira, M., Brás, C., & Barbieri, M. (2016). Clinical Communication and Adverse Health Events: Literature Review. In *2nd International Conference on Health and Health Psychology Clinical* (pp. 328–335). doi:10.15405/epsbs.2016.07.02.32.
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação*. Loures: Lusociência.
- Fundação Calouste Gulbenkian. (2015). *STOP Infecção hospitalar! - Um Desafio Gulbenkian*. Acedido 28/10/2016. Disponível em: <http://www.stopinfecaohospitalar.com/index.php>
- Gomes, E., Araújo, R., Carneiro, A., Dias, C., Lecky, F. E., & Costa-Pereira, A. (2008). Mortality Distribution in a Trauma System: From Data to Health Policy Recommendations. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 34(6), 561–569. doi:10.1007/s00068-007-6189-3
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital – Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar*. Loures: Lusociência.

- Joint Commission International. (2016a). *International Patient Safety Goals*. Disponível em: <http://www.jointcommissioninternational.org/improve/international-patient-safety-goals/>. Acedido em: 28/10/2016
- Joint Commission International. (2016b). Sentinel Event Statistics Released for 2015. *Joint Commission Perspectives*, 36(4), 10. Acedido 02-01-2018. Disponível em: <http://www.ingentaconnect.com/contentone/jcaho/jcp/2016/00000036/00000004/art00006>.
- Joy, B., Elliott, E., Hardy, C., Sullivan, C., Backer, C., & Kane, J. (2011). Standardized Multidisciplinary Protocol Improves Handover of Cardiac Surgery Patients to the Intensive Care Unit. *Pediatric Critical Care Medicine*, 12(3), 304–308. doi:10.1097/PCC.0b013e3181fe25a1.
- Klompas, M., Kleinman, K., & Murphy, M. (2014). Descriptive Epidemiology and Attributable Morbidity of Ventilator-Associated Events. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 35(5), 502–510. doi:10.1086/675834.
- Leonard, M., Graham, S., & Bonacum, D. (2004). The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality & Safety in Health Care*, 13 Suppl 1, 85–90. doi:10.1136/qshc.2004.010033.
- Leske, J. S. (2002). Intercentions to Decrease Family Anxiety. *Critical Care Nurse*, 22, 61-65.
- Lingard, L. (2012). Productive complications: emergent ideas in team communication and patient safety. *Healthcare Quarterly (Toronto)*, 15, 18-23.
- Locsin, R. (2005). *Technological Competency as Caring in Nursing: A Model for Practice*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International.
- Locsin, R. (2013). Technological Competency as Caring in Nursing: Maintaining Humanity in a High-Tech World of Nursing. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 7(1), 1–6.
- Locsin, R. (2017). The Co-Existence of Technology and Caring in the Theory of Technological Competency as Caring in Nursing. *The Journal of Medical Investigation*, 64, 160–164.
- Lossius, H. M., Rehn, M., Tjosevik, K., & Eken, T. (2012). Calculating trauma triage precision: effects of different definitions of major trauma. *Journal of Trauma Management and Outcomes*.

- Manias, E., & Street, A. (2000). The handover: uncovering the hidden practices of nurses. *Intensive & Critical Care Nursing*, 16(6), 373-383.
- Manser, T., & Foster, S. (2011). Effective handover communication: an overview of research and improvement efforts. *Best Practice & Research. Clinical Anaesthesiology*, 25(2), 181-191. doi:10.1016/j.bpa.2011.02.006
- Marcelino, P. (2008). *Manual de Ventilação Mecânica no Adulto: Abordagem ao Pessoa Crítico*. Loures: Lusociência.
- Mendonça, S. (2009). *Competências Profissionais dos Enfermeiros: A Excelência do Cuidar*. Lisboa: Editorial Novembro.
- Mitchell, I. A., McKay, H., Van Leuvan, C., Berry, R., McCutcheon, C., Avard, B., ... Lamberth, P. (2010). A prospective controlled trial of the effect of a multi-faceted intervention on early recognition and intervention in deteriorating hospital patients. *Resuscitation*, 81(6), 658–666. doi:10.1016/j.resuscitation.2010.03.001.
- Musson, D., & Helmreich, R. (2004). Team Training and Resource Management in Health Care: Current Issues and Future Directions. *Harvard Health Policy Review*, pp. 25-35.
- Nantz, S., & Hines, A. (2015). Trauma Patients' Family Members' Perceptions of Nurses' Caring Behaviour's. *Journal of Trauma Nursing*, 22(5), 249–254. doi:10.1097/JTN.0000000000000149
- Neuman, B. (1995). *The Neuman System Model*. Norwalk: Appleton & Lange.
- Nunes, F., Meira, P., Martins, A., Carvalho, I., Saraiva, M., Silva, P. N. ... Ribeiro, E. (2009). *Manual de trauma*. (5º ed.). Lisboa: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Sistema de Informação em Enfermagem (SIE). Princípios Básicos da Arquitetura e Principais Requisitos Técnico-Funcionais*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *DOR - Guias Orientadores de Boa Prática. Cadernos OE*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vertebro-medular*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Ordem Dos Enfermeiros*, 1–10.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa.

- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa.
- Ordem dos Médicos. (2009). *Normas de Boa Prática em Trauma*.
- Organização Mundial de Saúde (2004). *Guidelines for Essential Trauma Care*. Geneva.
- Organização Mundial de Saúde. (2007). *Communication During Patient Hand-Overs*. Patient Safety Solutions. Vol 1.
- Organização Mundial de Saúde. (2012). *Diretrizes para o desenvolvimento de programas de qualidade no atendimento ao trauma*. Colombia: Distribuna Editorial.
- Owen, C., Hemmings, L., & Brown, T. (2009). Lost in translation: maximizing handover effectiveness between paramedics and receiving staff in the emergency department. *Emergency Medicine Australasia: EMA*, 21(2), 102-107. doi:10.1111/j.1742-6723.2009.01168.x
- Patterson, E., & Wears, R. (2010). Patient handoffs: standardized and reliable measurement tools remain elusive. *Joint Commission Journal On Quality & Patient Safety*, 36(2), 52-61.
- Prime, D., Arkless, P., Fine, J., Winter, S., Wakefield, D. B., & Scatena, R. (2016). Patient Experiences During Awake Mechanical Ventilation. *Journal of Community Hospital Internal Medicine Perspectives*, 6(1), 30426. doi:10.3402/jchimp.v6.30426.
- Puntillo, K., Pasero, C., Li, D., Mularski, R. A., Grap, M. J., Erstad, B. L., ... Sessler, C. N. (2009). Evaluation of Pain in ICU Patients. *Chest*, 135(4), 1069–1074. doi:10.1378/chest.08-2369.
- Puntillo, K. A., Arai, S., Cohen, N. H., Gropper, M. A., Neuhaus, J., Paul, S. M., & Miaskowski, C. (2010). Symptoms Experienced by Intensive Care Unit Patients at High Risk of Dying. *Critical Care Medicine*, 38(11), 2155–2160. doi:10.1097/CCM.0b013e3181f267ee.
- Puntillo, K., Arai, S. R., Cooper, B. A., Stotts, N. A., & Nelson, J. E. (2014). A Randomized Clinical Trial of an Intervention to Relieve Thirst and Dry Mouth in Intensive Care Unit Patients. *Intensive Care Medicine*, 40(9), 1295–1302. doi:10.1007/s00134-014-3339-z.

- Riesenberg, L., Leitzsch, J. & Little, B. (2009). Systematic review of handoff mnemonics literature. *American Journal Of Medical Quality*, 24(3), 196-204. doi:10.1177/1062860609332512
- Richmond, T., & Aitken, L. (2011). *A model to advance nursing science in trauma practice and injury outcomes research*. *Journal of advanced nursing*, 2741-2753.
- Santos, E. (2008). *Formação em serviço e desenvolvimento profissional: desafios e constrangimentos no processo de desenvolvimento de competências dos enfermeiros*. Universidade do Algarve e Instituto Politécnico de Beja.
- Santos, M. C., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T., & Gomes, A. (2010). A comunicação em Saúde e a segurança do doente. *Revista Portuguesa de saúde Pública*, 47-57.
- Schoenhofer, S (2001). *Outcomes of caring in high-technology practice environments* - Advancing technology, caring and nursing, pp 79–87.ed Locsin R (Auburn House, Bridgeport, CT)
- Sheehy, S. (2011). *Enfermagem de Urgência: da teoria à prática*. (6ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2012). *Resultados - Plano Nacional de Avaliação da Dor*.
- Society of Trauma Nurses. (2008) *Advanced Trauma Care for Nurses Student Manual®*. STN. *Portuguese Edition*.
- Spisso, J., O'Callaghan, C., McKennan, M. & Holcroft, J. (1990). Improved Quality of Care and Reduction of Housestaff Workload Using Trauma Nurse Practitioners. *The Journal of Trauma*. Nº 30 (6), pp. 660-665.
- Tembo, A. C., Higgins, I., & Parker, V. (2015). The Experience of Communication Difficulties in Critically Ill Patients in and Beyond Intensive Care: Findings from a Larger Phenomenological Study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31(3), 171–178. doi:10.1016/j.iccn.2014.10.004.
- Trinier, R. (2016). *Nursing Workload and its Relationship to Patient Care Error in the Paediatric Critical Care Setting*. Athabasca University Committee.
- Ulbaek, I. (1998). The origin of language and cognition. Em J. Hurford, M. Studdert-Kennedy, & C. Knight, *Approaches to the Evolution of Language* (pp. 30-43). Cambridge: University Press.

- Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2008). *Thelan's Enfermagem de Cuidados Intensivos - Diagnóstico e Intervenção* (5ª Edição.). Loures: Lusodidacta.
- Vieira, M. (2008). *Ser Enfermeiro. Da compaixão à proficiência*. Lisboa: Universidade Católica.
- Walter, E., & Curtis, K. (2015). The Role and Impact of the Specialist Trauma Nurse: An Integrative Review. *Journal of Trauma Nursing*, 22, pp. 153-169.
- Wilson, W., Grande, C., & Hoyt, D. (2007). *Trauma: Emergency Ressuscitation, Perioperative Anesthesia, Surgical Management - Vol 1*. New York: Informa Healthcare.
- Wilson, R., Runciman, W., Gibberd, R., Harrison, B., Newby, L., & Hamilton, J. (1995). The Quality in Australian Health Care Study. *The Journal of Australia*, pp. 458-471.

APÊNDICES

APÊNDICE I –
ESTRATÉGIA DE PESQUISA E SELEÇÃO DE ARTIGOS PARA
REVISÃO DA LITERATURA

O Handover na Sala de Reanimação: Estratégias de Transmissão de Informação na Promoção da Segurança da Pessoa Vítima de Trauma

Contextualização

O impacto do trauma na sociedade, tem promovido a especialização do cuidado à pessoa vítima de trauma, de tal forma, que a própria OMS determinou, em 2012, que os países devam possuir programas de organização e planeamento do atendimento ao traumatizado, através da implementação de sistemas de trauma que abordem todos os aspetos dos cuidados nomeadamente a Abordagem pré-hospitalar, a Abordagem intra-hospitalar, e o Cuidado definitivo em longo prazo (OMS, 2012).

Em Portugal, estas recomendações foram transferidas para a regulamentação e legislação quer pela circular normativa nº: 07/DQS/DQCO de 31/03/2010, que estipula a organização dos cuidados hospitalares urgentes ao doente traumatizado, quer pelo despacho nº 10319/2014 de 11 agosto (que além de redefinir conceitos na referência genérica dos doentes, cria a figura do centro de trauma em Portugal, bem como a sua regulamentação) e pelo despacho nº 13427/2015 de 20 Novembro, que determina quais são os Hospitais de constituem a rede, nomeadamente quais são os Hospitais com responsabilidade de Centro de Trauma.

Em várias áreas, nas quais o trabalho em equipa é fundamental, tem sido demonstrado que as falhas na comunicação entre os elementos dessa equipa podem ter repercussões graves (Musson & Helmreich, 2004). A área da saúde não será diferente, e mesmo em ambientes controlados como os de uma UCI, eles podem ocorrer (Teixeira, 2010).

Sendo a comunicação entre os profissionais pedra angular para cuidados de excelência, pois como afirmam Santos et al (2010, p.54) *“a comunicação entre os membros da equipa é fundamental para fomentar a partilha de um mesmo modelo mental (...) fundamental para a redução do erro”*, a articulação de esforços conjuntos de profissionais treinados na abordagem em contexto de trauma, necessita de assentar numa comunicação efetiva, e também ela treinada.

Em Portugal esta ideia encontra-se patente no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015 -2020 quando se afirma que

“A gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde é assim um processo coletivo, que tem como objetivo garantir a maior segurança possível dos doentes, evitando incidentes” (...) sendo “a causa destes incidentes (...) ligada a defeitos de organização, coordenação ou de comunicação, que revelam baixo índice de cultura sistémica de segurança e de política institucional de identificação de riscos específicos” (Despacho nº 1400-A/2015).

O handover, tal como é descrito por vários autores, nomeadamente pela JCI, consiste “*num processo em tempo real, de transmissão de informação específica, acerca da pessoa sujeita a cuidados, entre cuidadores ou entre equipas de cuidadores com o propósito de assegurar a continuidade de cuidados*” (JCI, 2007), tendo subjacentes três conceitos primários: informação, autoridade e responsabilidade (Behara et al, 2005)

O objetivo do handover é o de assegurar a continuidade do cuidado, identificando as alterações no quadro clínico e as necessidades do doente bem como a resposta aos cuidados instituídos (Delrue, 2013), sendo historicamente, uma forma complexa de comunicação, que abarca contextos históricos e sociais, além de ser um momento dinâmico onde os enfermeiros trocam comumente várias informações acerca dos doentes a quem prestam cuidados (Manias & Street, 2000).

Contudo, está identificado como momento de alto risco, sujeitos a fatores ambientais, atividades relacionadas com o cuidado, ou outras disrupções, que podem conduzir a tratamento inadequado ou com atraso, e com potencial gravidade o doente (OMS, 2007; Manser & Foster, 2011), sendo que estudos têm demonstrado que a utilização de uma estratégia de estruturação do *handover*, não só é facilitadora do mesmo, como diminui os eventos de risco para a pessoa sujeita a cuidados, promovendo a sua segurança (Joy et al, 2011).

Partindo deste contexto realizei uma pesquisa de bibliográfica em bases de dados científicas, tendo por base termos MeSH.

Critérios de Inclusão/Exclusão

População

São consideradas todas as pessoas vítimas de trauma

Intervenção

A transmissão de informação, autoridade e responsabilidade entre profissionais, que permita assegurar a continuidade de cuidados

Contexto

É considerado como contexto, unicamente, o serviço de urgência.

Outcomes

A segurança da pessoa sujeita a cuidados

Tipo de estudos a integrar

Serão considerados artigos de investigação primária e de revisão de literatura, com texto integral e com período de publicação compreendido entre 1 de janeiro de 2006 e 30 de junho de 2016, escritos em língua portuguesa, inglesa e espanhola.

Estratégia de Pesquisa

A estratégia aplicada nesta revisão passa por uma pesquisa inicial nas bases de dados CINAHL e MEDLINE. A seleção dos termos de pesquisa, terá por base a mnemónica PIC(O). Desta forma os termos serão:

P (População):

trauma, trauma victim, trauma patient, trauma care, trauma nursing, trauma team*, wounds and injuries, critical patient, critically ill patients, Burn patients, emergency patients

I (Intervenção):

handover, hand-off, communication, information continuity, patient information, information transmission, clinical documentation, nursing documentation, emergency documentation, transfer, patient transfer, inter-hospital transfer, intra-hospital transfer, transition points, continuity of patient care, continuity of care, transition care;

C (Contexto):

emergency room, emergency ward, emergency department, emergency service, trauma centers

O (Outcome)

Patient Safety

Histórico de pesquisa na base de dados Medline

Search History/Alerts

[Print Search History](#) | [Retrieve Searches](#) | [Retrieve Alerts](#) | [Save Searches / Alerts](#)

☐ Select / deselect all	Search with AND	Search with OR	Delete Searches	Refresh Search Results
	Search ID#	Search Terms	Search Options	Actions
☐	S37	 S35 AND S36	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (46)  View Details  Edit
☐	S36	 S12 AND S28 AND S34	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (1,914)  View Details  Edit
☐	S35	 (MH "Patient Safety") OR "patient safety"	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (27,768)  View Details  Edit
☐	S34	 S29 OR S30 OR S31 OR S32 OR S33	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (106,606)  View Details  Edit
☐	S33	 (MH "Trauma Centers") OR "trauma centers"	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (9,173)  View Details  Edit
☐	S32	 (MH "Emergency Service, Hospital") OR "emergency service"	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (51,910)  View Details  Edit
☐	S31	 "emergency department"	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (60,091)  View Details  Edit
☐	S30	 "emergency ward"	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (796)  View Details  Edit
☐	S29	 "emergency room"	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (13,666)  View Details  Edit
☐	S28	 S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26 OR S27	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (731,486)  View Details  Edit
☐	S27	 "transition care"	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (121)  View Details  Edit
☐	S26	 "transitions points"	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (2)  View Details  Edit
☐	S25	 "interfacility transfer"	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (86)  View Details  Edit
☐	S24	 "inter-hospital transfer"	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (119)  View Details  Edit
☐	S23	 "intra-hospital transfer"	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (16)  View Details  Edit
☐	S22	 "transfer"	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (407,799)  View Details  Edit
☐	S21	 "emergency documentation"	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (4)  View Details  Edit
☐	S20	 "nursing documentation"	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (661)  View Details  Edit
☐	S19	 "clinical documentation"	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (921)  View Details  Edit
☐	S18	 "information transmission"	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (1,492)  View Details  Edit
☐	S17	 "patient information"	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (5,962)  View Details  Edit
☐	S16	 "information continuity"	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (25)  View Details  Edit
☐	S15	 (MH "Communication") OR "communication"	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (292,159)  View Details  Edit
☐	S14	 (MH "Continuity of Patient Care") OR (MH "Patient Handoff") OR (MH "Patient Discharge") OR (MH "Patient Transfer")	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (41,886)  View Details  Edit
☐	S13	 "handover"	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (805)  View Details  Edit
☐	S12	 S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (312,727)  View Details  Edit

☐	S11	"emergency patient""	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (1,396) View Details Edit
☐	S10	"burn patient""	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (4,900) View Details Edit
☐	S9	"critically ill patient""	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (22,106) View Details Edit
☐	S8	"critical patient"	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (405) View Details Edit
☐	S7	"trauma patient"	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (2,458) View Details Edit
☐	S6	"trauma victim"	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (274) View Details Edit
☐	S5	(MH "Wounds and Injuries") OR "wounds and injuries"	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (79,668) View Details Edit
☐	S4	"trauma"	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (229,609) View Details Edit
☐	S3	"trauma care"	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (3,115) View Details Edit
☐	S2	"trauma team""	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (845) View Details Edit
☐	S1	"trauma nursing"	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (175) View Details Edit

Histórico de pesquisa na base de dados CINHAHL

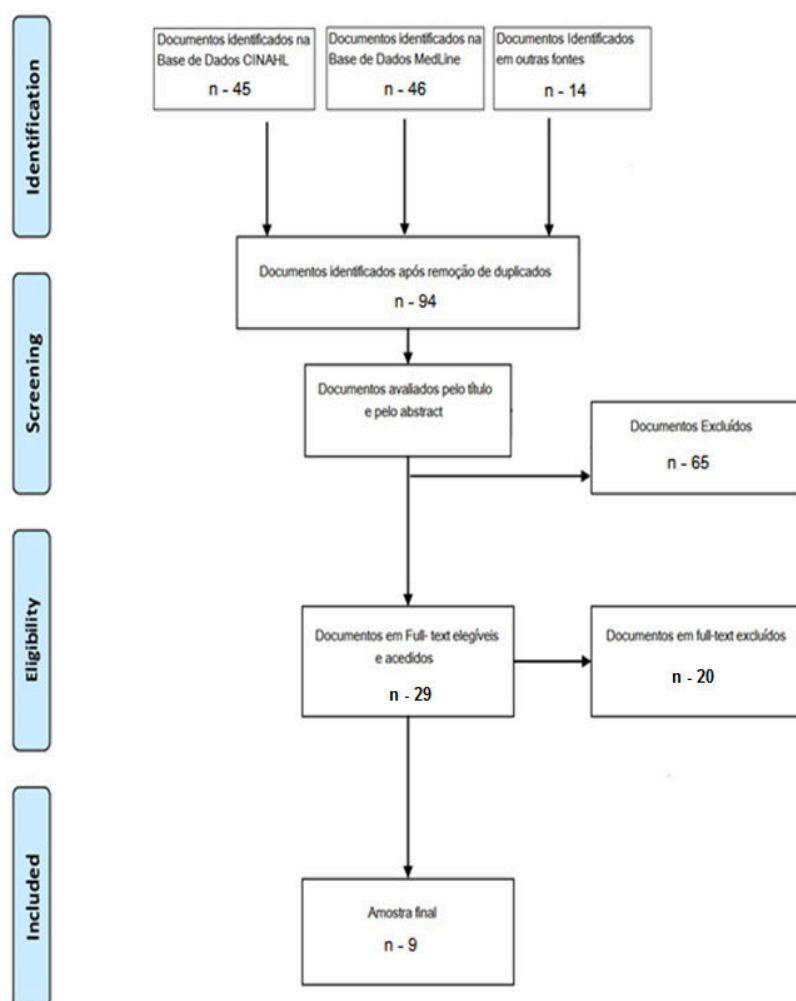
Search History/Alerts

[Print Search History](#) | [Retrieve Searches](#) | [Retrieve Alerts](#) | [Save Searches / Alerts](#)

☐ Select / deselect all Search with AND Search with OR Delete Searches Refresh Search Results				
	Search ID#	Search Terms	Search Options	Actions
☐	S37	(S28 OR S34 OR S35) AND (S9 AND S32 AND S33 AND S36)	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (45) View Details Edit
☐	S36	S28 OR S34 OR S35	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (60,229) View Details Edit
☐	S35	"interfacility transfer"	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (51) View Details Edit
☐	S34	(MH "Transfer, Intrahospital")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (987) View Details Edit
☐	S33	(MH "Patient Safety") OR "patient safety"	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (42,593) View Details Edit
☐	S32	S29 OR S30 OR S31	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (50,418) View Details Edit
☐	S31	"emergency department"	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (27,026) View Details Edit
☐	S30	"emergency ward"	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (104) View Details Edit
☐	S29	"emergency room" OR (MH "Emergency Service")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (36,887) View Details Edit
☐	S28	S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26 OR S27	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (59,536) View Details Edit
☐	S27	(MH "Incident Reports") OR (MH "Medical Records") OR (MH "Nursing Orders") OR (MH "Shift Reports")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (19,345) View Details Edit
☐	S26	"transition care"	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (91) View Details Edit
☐	S25	"continuity of care" OR (MH "Continuity of Patient Care")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (11,248) View Details Edit
☐	S24	"transitions points"	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (1) View Details Edit
☐	S23	"patient transfer"	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (300) View Details Edit
☐	S22	"intra-hospital transfer"	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (7) View Details Edit
☐	S21	"inter-hospital transfer"	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (39) View Details Edit
☐	S20	(MH "Transfer, Discharge")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (4,139) View Details Edit
☐	S19	"emergency documentation"	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (3) View Details Edit
☐	S18	"nursing documentation"	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (569) View Details Edit
☐	S17	"clinical documentation"	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (358) View Details Edit
☐	S16	"information transmission"	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (75) View Details Edit
☐	S15	"information transmtion"	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (0) View Details Edit
☐	S14	(MH "Documentation") OR "patient information"	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (25,827) View Details Edit
☐	S13	"information continuity"	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (9) View Details Edit

☐	S12	communication	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (21) View Details Edit
☐	S11	(MH "Hand Off (Patient Safety)") OR "hand off"	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (1,273) View Details Edit
☐	S10	handover	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (546) View Details Edit
☐	S9	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (45,033) View Details Edit
☐	S8	trauma team	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (335) View Details Edit
☐	S7	critical patient OR (MH "Emergency Patients") OR (MH "Critically Ill Patients") OR (MH "Burn Patients")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (14,947) View Details Edit
☐	S6	critical patient	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (390) View Details Edit
☐	S5	trauma victim	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (84) View Details Edit
☐	S4	trauma patient	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (1,060) View Details Edit
☐	S3	(MH "Trauma") OR (MH "Wounds and Injuries")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (28,858) View Details Edit
☐	S2	trauma care	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (1,256) View Details Edit
☐	S1	(MH "Trauma Nursing")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (791) View Details Edit

Diagrama de seleção dos artigos para revisão



A amostra final encontra-se sistematizada na tabela 1

Tabela 2 - Resumo dos artigos incluídos na revisão (tradução do autor)

Referência	Ano	Objetivo	Método
Bost et al	2010	Revisão crítica sobre a investigação existente sobre o handover realizado no serviço de urgência pelos elementos do pré-hospitalar	Revisão de literatura assente em tópicos indexados, nas bases de dados Medline, CINAHL e Scopus
Bost et al	2012	Avaliar os processos de <i>handover</i> realizados no serviço de urgência pelo pré-hospitalar; Identificar fatores que influenciam a passagem de informação para aferir estratégias de melhoria;	Estudo qualitativo, etnográfico, que incluiu observação de participantes, entrevistas e avaliação de ferramentas de handover
Calleja P., Aitken M. & Cooke L.	2010	Revisão da literatura que permita identificar: • A melhor prática na transferência de informação no serviço de urgência; • Facilitadores e barreiras à transferência de informação em contexto de trauma; • Intervenções com impacto na transferência de informação, no handover e nos cuidados posteriores	Revisão de literatura de acordo com as guidelines do Centre for Reviews and Dissemination da Universidade de York
Carter, A. et al	2008	Determinar a degradação de transmissão de informação fornecida pelo pré-hospitalar, no SU	Comparação de dados recolhidos pela equipa trauma na SR com os dados registados pela equipa do pré-hospitalar.
Catchpole et al	2013	Identificar a correlação entre o circuito da pessoa vítima de trauma, no serviço de urgência e número de disrupções em momentos de transição de cuidados	Mapeamento do circuito de 181 doentes num serviço de urgência, com identificação de disrupções em momentos de transição de cuidados
Ebben et al	2015	Desenvolver uma guideline para standardizar o handover de doentes no serviço de urgência	Estudo prospetivo pre test / post test
Evans et al (a)	2010	Definir um conjunto mínimo de parâmetros, no sentido de auxiliar os paramédicos na realização do handover; Identificar atributos de um handover eficaz e ineficaz; Determinar a fasilidade da transmissão de dados avançados; Identificar formas de dispor dados nas salas de reanimação de trauma;	Estudo qualitativo assente em entrevistas a paramédicos e membros de equipa de trauma
Evans et al (b)	2010	Avaliar a perda ou discordância de informação entre o local de evento do trauma e o serviço de Urgência	Comparação de dados recolhidos por gravação áudio (local); gravação vídeo (serviço de urgência) e registos clínicos
Reisenberg et al	2009	Identificar e descrever todas as mnemónicas de handoff e sumarizar os resultados obtidos de estudos onde as mesmas foram aplicadas	Revisão sistemática da literatura nas bases de dados MEDLINE, CINAHL, Ovid, HealthSTAR

Referências Bibliográficas da Amostra Final

- Bost, N., Crilly, J., Patterson, E., & Chaboyer, W. (2012). *Clinical handover of patients arriving by ambulance to a hospital emergency department: A qualitative study*. International Emergency Nursing, 20(3), 133-141 9p. doi:10.1016/j.ienj.2011.10.002
- Bost, N., Crilly, J., Wallis, M., Patterson, E., & Chaboyer, W. (2010). *Clinical handover of patients arriving by ambulance to the emergency department – A literature review*. International Emergency Nursing, 18(4), 210-220. doi:10.1016/j.ienj.2009.11.006
- Calleja, P., Aitken, L., & Cooke, M. (2011). *Information transfer for multi-trauma patients on discharge from the emergency department: mixed-method narrative review*. Journal Of Advanced Nursing, 67(1), 4-18 15p. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05494.x
- Carter, A., Davis, K., Evans, L., & Cone, D. (2009). *Information loss in emergency medical services handover of trauma patients*. Prehospital Emergency Care, 13(3), 280-285 6p. doi:10.1080/10903120802706260
- Catchpole, K. R., Gangi, A., Blocker, R. C., Ley, E. J., Blaha, J., Gewertz, B. L., & Wiegmann, D. A. (2013). *Flow disruptions in trauma care handoffs*. The Journal Of Surgical Research, 184(1), 586-591. doi:10.1016/j.jss.2013.02.038
- Ebben, R. A., van Grunsven, P. M., Moors, M. L., Aldenhoven, P., de Vaan, J., van Hout, R., & ... Vloet, L. M. (2015). *A tailored e-learning program to improve handover in the chain of emergency care: a pre-test post-test study*. Scandinavian Journal Of Trauma, Resuscitation And Emergency Medicine, 2333. doi:10.1186/s13049-015-0113-3
- Evans, S. M., Murray, A., Patrick, I., Fitzgerald, M., Smith, S., & Cameron, P. (2010). *Clinical handover in the trauma setting: a qualitative study of paramedics and trauma team members*. Quality & Safety In Health Care, 19(6), e57. doi:10.1136/qshc.2009.039073
- Evans, S., Murray, A., Patrick, I., Fitzgerald, M., Smith, S., Andrianopoulos, N., & Cameron, P. (2010). *Assessing clinical handover between paramedics and the trauma team*. Injury, 41(5), 460-464 5p. doi:10.1016/j.injury.2009.07.065
- Riesenberg, L., Leitzsch, J., & Little, B. (2009). *Systematic review of handoff mnemonics literature*. American Journal Of Medical Quality, 24(3), 196-204. doi:10.1177/1062860609332512

APÊNDICE II – CRONOGRAMA DO ESTÁGIO FINAL

Cronograma de Estágio – 3º Semestre

 ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa	6º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização em Pessoa em Situação Crítica																						
Ano	2016													2017									
Mês	Outubro				Novembro					Dezembro				Janeiro				Fevereiro					Março
Semana	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	13ª	14ª	15ª	16ª	17ª	18ª	19ª	20ª	21ª	22ª	22ª
Dias	3	10	18	25	31	7	14	21	28	5	12	19		3	9	16	23	30	6	13	20	27	2
	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a			a	a	a	a	a	a	a	a	a	a
	7	15	21	28	4	11	18	25	2	9	16		1	6	13	20	27	3	10	17	24	1	3
Contexto I																							
Contexto II														Férias de Natal									
Contexto III																							
Contexto IV																							

APÊNDICE III –
DIAPOSITIVOS DA AÇÃO DE FORMAÇÃO NO CONTEXTO I

6º Curso de Mestrado de Enfermagem
Área de Especialização em Pessoa em Situação Crítica
Unidade Curricular de Estágio com Relatório



A Mnemónica ISBAR

Discente: André Ricardo Correia Martins
Orientador de Estágio: Enfº Carlos Cabral
Docente Orientadora: Profª Sónia Ferrão
Regente: Profª Cândida Durão

Lisboa, 2016

Objetivos

- ☐ **Apresentar a Mnemónica ISBAR como ferramenta sistematizadora e facilitadora na passagem de informação entre profissionais;**
- Salientar a importância da transmissão de informação sistematizada em momentos de transição de cuidados, assegurando a continuidade de cuidados e a segurança do doente;



O Sr. Manuel de 60 anos é um politraumatizado transferido do Hospital de Beja no dia 13/10.

Foi operado pela Cirurgia Geral no dia 14/10, tendo sido submetido a esplenectomia. Permaneceu ventilado e foi transferido para a UUM.

Tem como AP: HTA, HBP, colecistectomia em 2012.

Foi operado no dia 15/10 pela Ortopedia para osteotaxia do m. inf. dto e osteossíntese com placa e parafusos do rádio dto.

Permaneceu ventilado com flutuações do estado de consciência (SGC 6-10; RASS -5 e 0), com difícil desmame ventilatório.

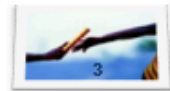
Foi extubado a 22/10, com boa tolerância, mantendo boas oximetrias periféricas, com aporte suplementar de O2 por óculos nasais a 2 lpm.

Mantém LA na radial da, CVC 4 lumens na subclávia da, sem acessos periféricos.

Tem conseguido dormir no turno da noite.

Evacuou ontem, suspendeu terapêutica com bisacodilo.

Aguarda observação pela Ortopedia.



A importância da comunicação em Saúde



"Os registos de Enfermagem são importantes no auxílio do trabalho do medico".

"O Enfermeiro, no respeito do direito ao cuidado na saúde ou doença, assume o dever de:

(...)

d) Assegurar a continuidade dos cuidados, registando com rigor as observações e as intervenções realizadas"

(OE, 2015)



**O Handover como base da
continuidade de Cuidados**

Handover – “processo em tempo real, de transmissão de informação específica, acerca da pessoa sujeita a cuidados, entre cuidadores ou entre equipas de cuidadores com o propósito de assegurar a continuidade de cuidados”

(Riesenberg, L., Leitzsch, J. & Little, B., 2009, p.196)

Identifica as alterações no quadro clínico e as necessidades do doente bem como a resposta aos cuidados instituídos

(Delrue, 2013, p.15)

Tem subjacente três conceitos primários: informação, autoridade e responsabilidade

(Behara et al, 2005 p.313)

É uma das práticas mais antigas na profissão de Enfermagem, e é uma forma complexa de comunicação, que abarca contextos históricos e sociais, além de ser um momento dinâmico onde os enfermeiros trocam comumente várias informações acerca dos doentes a quem prestam cuidados

(Manias, E., & Street, A., 2000, p373 - 374)



**A comunicação para a
segurança dos cuidados**

“Erros na comunicação entre profissionais são responsáveis por duas vezes mais mortes do que a ineficiência clínica, sendo a principal causa de eventos adversos, nomeadamente em momentos de passagem de turno, ou de transferência da responsabilidade do cuidado” (Wilson, et al., 1995);

Relatório “To Err is Human” (2000) - descreve que a maioria dos erros se deve a causas organizacionais e não individuais.

Salienta a importância dos fatores humanos na construção de um sistema de segurança para o doente, nomeadamente a necessidade de melhorar a comunicação e coordenação das equipas de saúde (Tranquada, 2013, p10);

Numa revisão de 3000 eventos sentinela, foram identificadas falhas na comunicação em 65-70% dos eventos sendo que as mesmas resultaram em eventos adversos (Adamski, 2007, p 10);



Sistematização: porquê?

A utilização de mnemónicas padronizadas nos momentos de transferência, permitem estruturar o pensamento e a informação a ser transmitida, centrada nos problemas, ações e intervenções realizadas e a realizar, otimizando o cuidado e diminuindo o erro;

(Alvarado et al, 2006; Benner, Kyriakidis & Stannard, 2011)

Momentos de alto risco, sujeitos a fatores ambientais (ex. ruído, ou carga de trabalho), atividades relacionadas com o cuidado (ex. recolocar a monitorização de ecg de um doente) ou outras disrupções, que podem conduzir a tratamento inadequado ou com atraso, e com potencial gravidade o doente;

(OMS, 2007, p1; Manser & Foster, 2011, p.183)



Sistematização: porquê?

A prestação de cuidados de saúde exige um elevado trabalho cognitivo, realizado, não só a nível individual, mas também a um nível coletivo, incluindo a avaliação e alocação dos recursos, a antecipação de eventos futuros, a especulação sobre as melhores atuações, a negociação para criar consenso e a partilha de decisões.

Só é possível, se existir uma adequada sincronização entre pessoas, equipamentos, ferramentas e instalações, só atingível se a comunicação ocorrer de forma eficiente.

Trabalhar em saúde implica trabalhar em equipa, e as equipas de saúde podem ser fluidas, inconstantes, e incluem estranhos e colegas. Um modelo de comunicação eficiente permite que as equipas atinjam os seus objetivos.

(Tranquada, 2013, p9).



O que significa

I – Identificação

S – Situação

B – (Background) – Antecedentes Pessoais Relevantes

A – (Assesment) - Avaliação

R – (Recomendations) / Plano



O que significa

I – Identificação

S – Situação

B – (Background) – Antecedentes Pessoais Relevantes

A – (Assesment) - Avaliação

R – (Recomendations) / Plano



Origem

Deriva da Mnémónica SBAR desenvolvida pela marinha dos EUA, como técnica de comunicação nos submarinos nucleares, e introduzida nos serviços de saúde nos anos 90



Em 2006, A Joint Comission International Center for Patient Safety identifica 6 metas como padrões de qualidade no atendimento em saúde, destas salientam-se:

- ☐ Meta 1 – Identificação correta da Pessoa
- ☐ Meta 2 – Estabelecer uma comunicação efetiva

(JCI, 2016)



I – Identificação

S – Situação

B – (Background) – Antecedentes Pessoais Relevantes

A – (Assesment) - Avaliação

R – (Recomendations) / Plano



Cenário (ex.)

- I** Sr. Manuel de 60 anos 24/11- Manhã
- S** Status pós politraumatismo, com trauma toraco-abdominal, do M. Sup Dto e m Inf Dto, no dia 13/10 (D11 internamento, D10 Internamento na UUM, extubação à dois dias).
- B** HTA, HBP
- A** Avaliado pela CCT a 14/10 (10 dias), por # 9-12º arco costal esq, teve alta da especialidade.
Operado pela Cirurgia Geral no dia 14/10 (10 dias), tendo sido submetido a esplenectomia, hg estável, última administração de UCE a 16/10;
Operado pela no dia 15/10 (9 dias) pela Ortopedia para osteotaxia do m. inf. dto e osteossíntese com placa e parafusos do rádio dto.
Permaneceu ventilado com flutuações do estado de consciência (SGC: 6-10; RASS: 5-0), com difícil desmame ventilatório.
Extubado na M 22/10 (à dois dias), com boa tolerância, tem boas oximetrias periféricas, com aporte suplementar de O2 por óculos nasais a 2 lpm. SCG – 15, Sereno.
Mantém LA na radial dda, CVC 4 lumens na subclávia dda, sem acessos periféricos.
Tem alimentação contínua, com tolerância, sem estase. Bons débitos urinários
Evacuou ontem, suspendeu terapêutica com bisacodilo. Dormiu no turno da noite.
Não teve visitas.
- R** Aguarda observação pela unidade de fraturas.
Tira agraças amanhã, pensos feitos ontem (23/11), ficam limpos e secos.



Registo na UUM

I

REGISTOS DE ENFERMAGEM	
NOME: _____ DATA NASCIMENTO: ____/____/____ IDADE: ____	SERVIÇO: _____ DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: _____
SINAIS VITAIS Temperatura: _____ Freq. cardíaca: _____ Pressão arterial: _____ Saturações: _____ Ritmo cardíaco: _____ Estado de consciência: _____ Estado de humor: _____ Estado de alimentação: _____ Estado de eliminação: _____ Estado de higiene: _____ Estado de mobilidade: _____ Estado de segurança: _____ Estado de conforto: _____ Estado de educação: _____ Estado de participação: _____ Estado de avaliação: _____ Estado de intervenção: _____ Estado de monitorização: _____ Estado de reavaliação: _____ Estado de planeamento: _____ Estado de implementação: _____ Estado de avaliação de resultados: _____	REGISTOS DE ENFERMAGEM DATA: ____/____/____ HORAS: _____ MEDICAÇÃO: _____ OBSERVAÇÃO: _____ ASSINATURA DO ENP: _____ OUTROS CUIDADOS PRESTADOS: _____



Registro

1

S

[illegible]

Registro

1

S

B

[illegible]

Registo

I

S

B

A

NOME _____		REGISTOS DE ENFERMAGEM		NOME DO ALUNO _____	
DATA NASCIMENTO _____		SERVIÇO _____	CARIMBO _____	NOME DO ALUNO _____	
		DIAGNÓSTICO PROVAVEL _____		DATA _____	
SINAIS VITAIS		CONTROLO ADRENAL		MEDICAÇÃO	
Temperatura	Freq. cardíaca	Respiração	Pressão arterial	Saturação de oxigénio	Estado de consciência
1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36
37	38	39	40	41	42
43	44	45	46	47	48
49	50	51	52	53	54
55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66
67	68	69	70	71	72
73	74	75	76	77	78
79	80	81	82	83	84
85	86	87	88	89	90
91	92	93	94	95	96
97	98	99	100	101	102
103	104	105	106	107	108
109	110	111	112	113	114
115	116	117	118	119	120
121	122	123	124	125	126
127	128	129	130	131	132
133	134	135	136	137	138
139	140	141	142	143	144
145	146	147	148	149	150
151	152	153	154	155	156
157	158	159	160	161	162
163	164	165	166	167	168
169	170	171	172	173	174
175	176	177	178	179	180
181	182	183	184	185	186
187	188	189	190	191	192
193	194	195	196	197	198
199	200	201	202	203	204
205	206	207	208	209	210
211	212	213	214	215	216
217	218	219	220	221	222
223	224	225	226	227	228
229	230	231	232	233	234
235	236	237	238	239	240
241	242	243	244	245	246
247	248	249	250	251	252
253	254	255	256	257	258
259	260	261	262	263	264
265	266	267	268	269	270
271	272	273	274	275	276
277	278	279	280	281	282
283	284	285	286	287	288
289	290	291	292	293	294
295	296	297	298	299	300
301	302	303	304	305	306
307	308	309	310	311	312
313	314	315	316	317	318
319	320	321	322	323	324
325	326	327	328	329	330
331	332	333	334	335	336
337	338	339	340	341	342
343	344	345	346	347	348
349	350	351	352	353	354
355	356	357	358	359	360
361	362	363	364	365	366
367	368	369	370	371	372
373	374	375	376	377	378
379	380	381	382	383	384
385	386	387	388	389	390
391	392	393	394	395	396
397	398	399	400	401	402
403	404	405	406	407	408
409	410	411	412	413	414
415	416	417	418	419	420
421	422	423	424	425	426
427	428	429	430	431	432
433	434	435	436	437	438
439	440	441	442	443	444
445	446	447	448	449	450
451	452	453	454	455	456
457	458	459	460	461	462
463	464	465	466	467	468
469	470	471	472	473	474
475	476	477	478	479	480
481	482	483	484	485	486
487	488	489	490	491	492
493	494	495	496	497	498
499	500	501	502	503	504
505	506	507	508	509	510
511	512	513	514	515	516
517	518	519	520	521	522
523	524	525	526	527	528
529	530	531	532	533	534
535	536	537	538	539	540
541	542	543	544	545	546
547	548	549	550	551	552
553	554	555	556	557	558
559	560	561	562	563	564
565	566	567	568	569	570
571	572	573	574	575	576
577	578	579	580	581	582
583	584	585	586	587	588
589	590	591	592	593	594
595	596	597	598	599	600
601	602	603	604	605	606
607	608	609	610	611	612
613	614	615	616	617	618
619	620	621	622	623	624
625	626	627	628	629	630
631	632	633	634	635	636
637	638	639	640	641	642
643	644	645	646	647	648
649	650	651	652	653	654
655	656	657	658	659	660
661	662	663	664	665	666
667	668	669	670	671	672
673	674	675	676	677	678
679	680	681	682	683	684
685	686	687	688	689	690
691	692	693	694	695	696
697	698	699	700	701	702
703	704	705	706	707	708
709	710	711	712	713	714
715	716	717	718	719	720
721	722	723	724	725	726
727	728	729	730	731	732
733	734	735	736	737	738
739	740	741	742	743	744
745	746	747	748	749	750
751	752	753	754	755	756
757	758	759	760	761	762
763	764	765	766	767	768
769	770	771	772	773	774
775	776	777	778	779	780
781	782	783	784	785	786
787	788	789	790	791	792
793	794	795	796	797	798
799	800	801	802	803	804
805	806	807	808	809	810
811	812	813	814	815	816
817	818	819	820	821	822
823	824	825	826	827	828
829	830	831	832	833	834
835	836	837	838	839	840
841	842	843	844	845	846
847	848	849	850	851	852
853	854	855	856	857	858
859	860	861	862	863	864
865	866	867	868	869	870
871	872	873	874	875	876
877	878	879	880	881	882
883	884	885	886	887	888
889	890	891	892	893	894
895	896	897	898	899	900
901	902	903	904	905	906
907	908	909	910	911	912
913	914	915	916	917	918
919	920	921	922	923	924
925	926	927	928	929	930
931	932	933	934	935	936
937	938	939	940	941	942
943	944	945	946	947	948
949	950	951	952	953	954
955	956	957	958	959	960
961	962	963	964	965	966
967	968	969	970	971	972
973	974	975	976	977	978
979	980	981	982	983	984
985	986	987	988	989	990
991	992	993	994	995	996
997	998	999	1000	1001	1002
1003	1004	1005	1006	1007	1008
1009	1010	1011	1012	1013	1014
1015	1016	1017	1018	1019	1020
1021	1022	1023	1024	1025	1026
1027	1028	1029	1030	1031	1032
1033	1034	1035	1036	1037	1038
1039	1040	1041	1042	1043	1044
1045	1046	1047	1048	1049	1050
1051	1052	1053	1054	1055	1056
1057	1058	1059	1060	1061	1062
1063	1064	1065	1066	1067	1068
1069	1070	1071	1072	1073	1074
1075	1076	1077	1078	1079	1080
1081	1082	1083	1084	1085	1086
1087	1088	1089	1090	1091	1092
1093	1094	1095	1096	1097	1098
1099	1100	1101	1102	1103	1104
1105	1106	1107	1108	1109	1110
1111	1112	1113	1114	1115	1116
1117	1118	1119	1120	1121	1122
1123	1124	1125	1126	1127	1128
1129	1130	1131	1132	1133	1134
1135	1136	1137	1138	1139	1140
1141	1142	1143	1144	1145	1146
1147	1148	1149	1150	1151	1152
1153	1154	1155	1156	1157	1158

Referências Bibliográficas

- Adamski, P. (2007). JCAHO solutions. Implement a handoff communications approach. *Nursing Management*, 38(1), 10-12.
- Behara, R., Wears, R. L., Perry, S. J., Eisenberg, E., Murphy, L., Vanderhoef, M., & ... Cosby, K. (2005). A Conceptual Framework for Studying the Safety of Transitions in Emergency Care.
- Alvarado, K., Lee, R., Christoffersen, E., Fram, N., Boblin, S., Poole, N., . . . Forsyth, S. (Setembro de 2006). Transfer of accountability: transforming shift handover to enhance patient safety. *Healthcare Quarterly*, pp. 75-79.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and interventions in Acute and Critical Care: A Thinking-in-Action Approach* (2ª Edição ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Joint Commission International. (2016). *International Patient Safety Goals*. Disponível em: <http://www.jointcommissioninternational.org/improve/international-patient-safety-goals/>.
Acedido em: 01/07/2016
- Manias, E., & Street, A. (2000). The handover: uncovering the hidden practices of nurses. *Intensive & Critical Care Nursing*, 16(6), 373-383.
- Manser, T., & Foster, S. (2011). Effective handover communication: an overview of research and improvement efforts. *Best Practice & Research. Clinical Anaesthesiology*, 25(2), 181-191. doi:10.1016/j.bpa.2011.02.006



Referências Bibliográficas

- Organização Mundial de Saúde. (2007). *Communication During Patient Hand-Over*. Patient Safety Solutions. Vol 1.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros republicado pelo Anexo II à Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro.
- Pucher, P., Aggarwal, R., Twaij, A., Batrick, N., Jenkins, M., & Darzi, A. (Janeiro de 2013). Identifying and Addressing Preventable Process Errors in Trauma Care. *World Journal of Surgery*, pp. 752-758. doi:10.1007/s00268-013-1917-9
- Riesenberg, L., Leitzsch, J. & Little, B. (2009). Systematic review of handoff mnemonics literature. *American Journal Of Medical Quality*, 24(3), 196-204. doi:10.1177/1062860609332512
- Santos, M. C., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T., & Gomes, A. (2010). A comunicação em Saúde e a segurança do doente. *Revista Portuguesa de saúde Pública*, 47-57.
- Tranquada, M. F. (2013). *A comunicação Durante a Transição das Equipas de Enfermagem*. Lisboa: ISCTE Business School.
- Wilson, R., Runciman, W., Gibberd, R., Harrison, B., Newby, L., & Hamilton, J. (Novembro de 1995). The Quality in Australian Health Care Study. *The Journal of Australia*, pp. 458-471.





“A gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde é assim um processo coletivo, que tem como objetivo garantir a maior segurança possível dos doentes, evitando incidentes” (...) estando “a causa destes incidentes (...) ligada a defeitos de organização, coordenação ou de comunicação, que revelam baixo índice de cultura sistémica de segurança e de política institucional de identificação de riscos específicos”

Obrigado

andre.martins@campus.esel.pt



www.esel.pt

(Despacho nº 1400-A/2015 - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015 -2020)

APÊNDICE IV - PLANO DE SESSÃO

PLANO DE SESSÃO

Tema: A Mnemónica ISBAR

Local:

Data:

Hora:

Objetivo geral: evidenciar a importância da segurança da pessoa em situação crítica

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS E TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	TEMPO (min.)	FORMADOR(ES)
• A importância da Comunicação em Saúde; • A comunicação para a segurança dos Cuidados; • A importância da sistematização da comunicação; • Apresentação da Mnemónica ISBAR • Aplicação prática da Mnemónica ISBAR; • Apresentação de proposta de dois documentos de registo na UCI MC	Expositivo Oral	Apresentação em PowerPoint	7	EEEPSC André Martins
	Expositivo Participativo		3	
Discussão e Avaliação da Sessão	Participativo Oral /Escrito	Folha de avaliação do serviço	5	EEEPSC André Martins

APÊNDICE V - FOLHA DE AVALIAÇÃO DE DIAGNÓSTICO

Diagnóstico de Situação

Tema: Transmissão de Informação em momentos de *Handover*

Formador: André Martins

Data:

1 – Como considera a importância de sistematizar a informação que é transmitida entre Profissionais?

Muito importante	Importante	Indiferente	Pouco importante	Nada importante

2 – Usa alguma estratégia para transmitir informação sobre os cuidados que presta, aos outros profissionais?

Sim	Não

Se Sim qual /quais:

ABCDE	Cefalocaudal	SOAP	SBAR	ISBAR	Outra

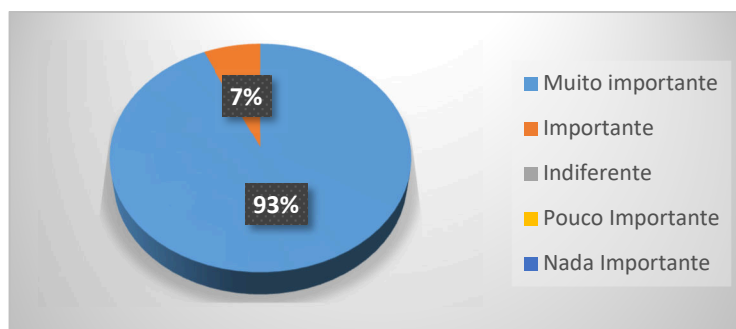
3 – Considera que a forma como transmite a informação em momentos de transição de cuidados permite assegurar a continuidade de cuidados, sem erros evitáveis?

Sempre	Muitas vezes	Em metade das vezes	Poucas vezes	Raramente

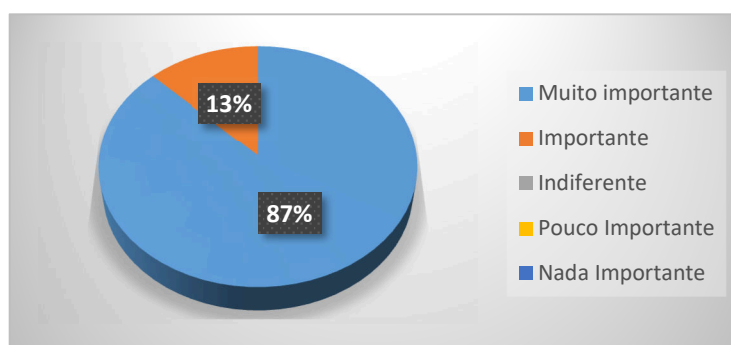
APÊNDICE VI - ANÁLISE DO DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

1 – Como considera a importância de sistematizar a informação que é transmitida entre Profissionais?

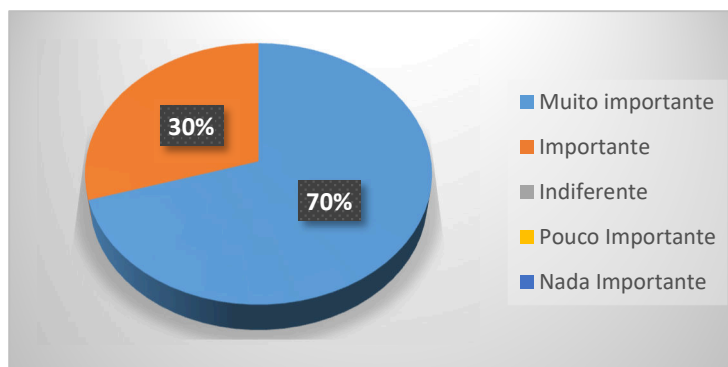
Contexto 1 (n =15)



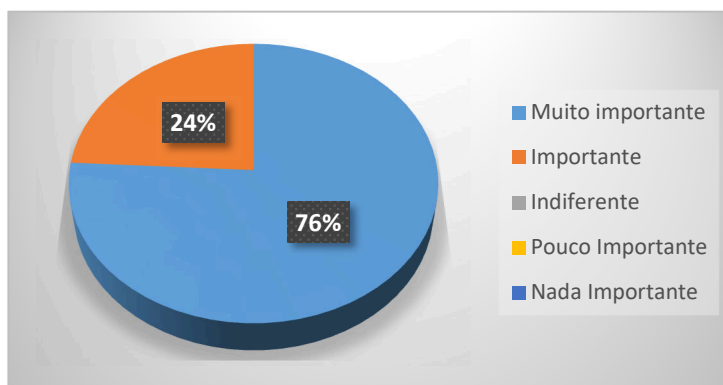
Contexto III (n = 8)



Contexto IV (n = 64)

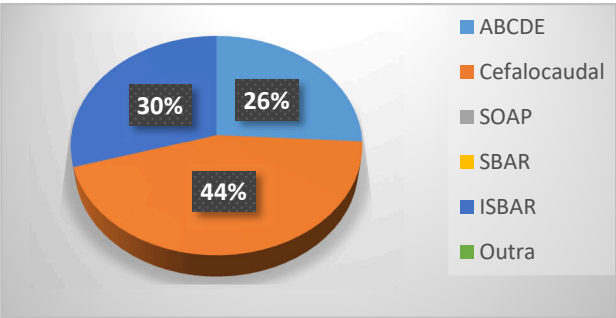
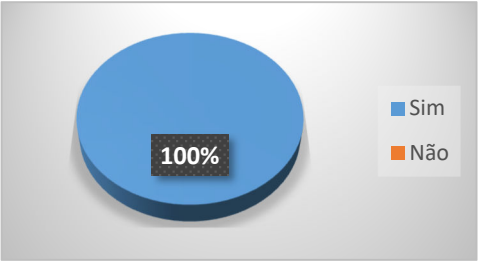


TOTAL (n = 87)

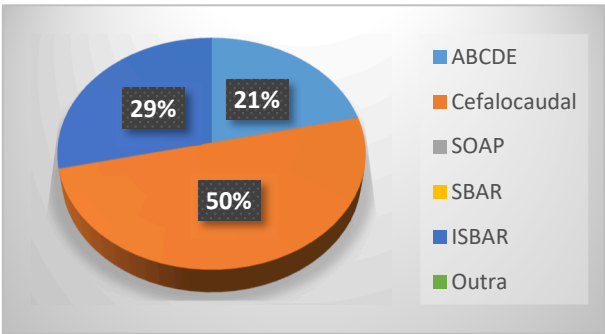
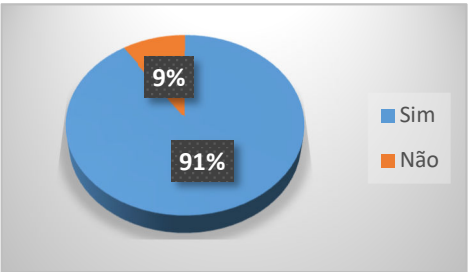


2 – Usa alguma estratégia para transmitir informação sobre os cuidados que presta, aos outros profissionais? Se Sim Qual?

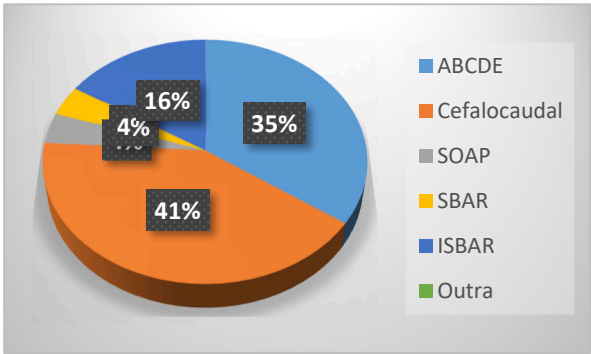
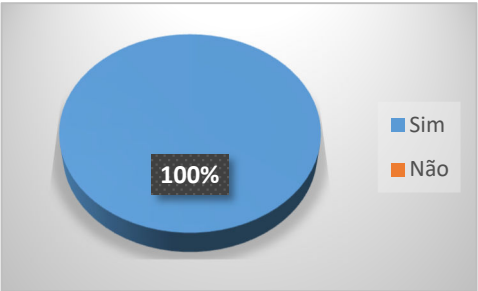
Contexto I (n = 15)



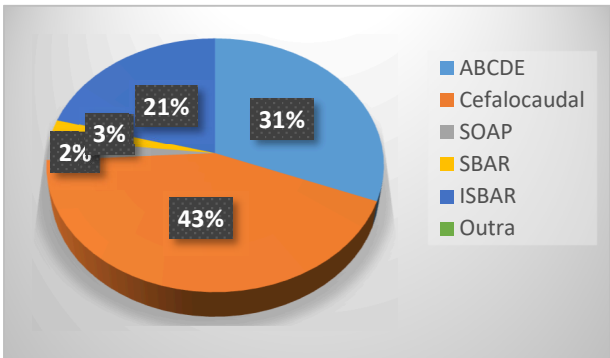
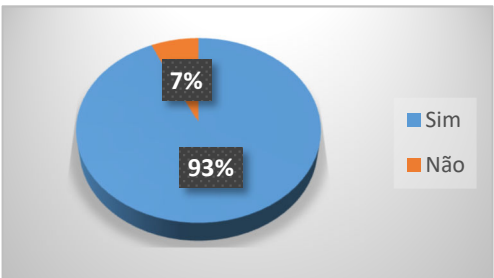
Contexto III (n = 8)



Contexto IV – (n = 64)

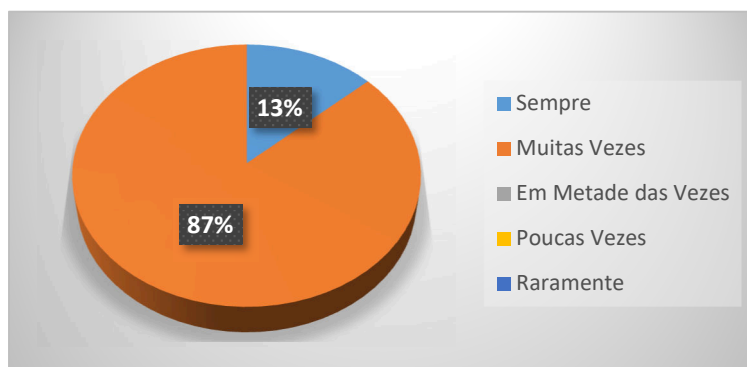


TOTAL (n = 87)

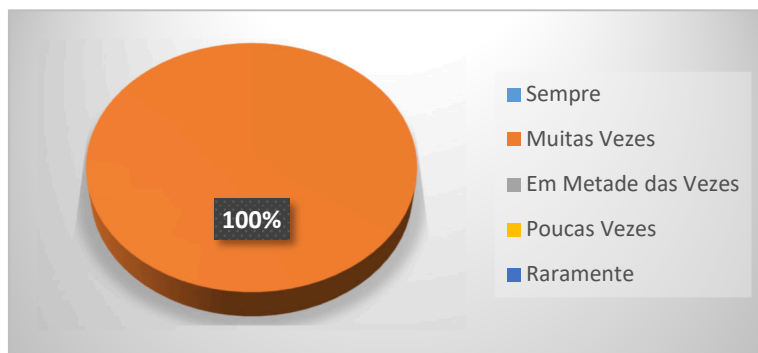


3 – Considera que a forma como transmite a informação em momentos de transição de cuidados permite assegurar a continuidade de cuidados, sem erros evitáveis?

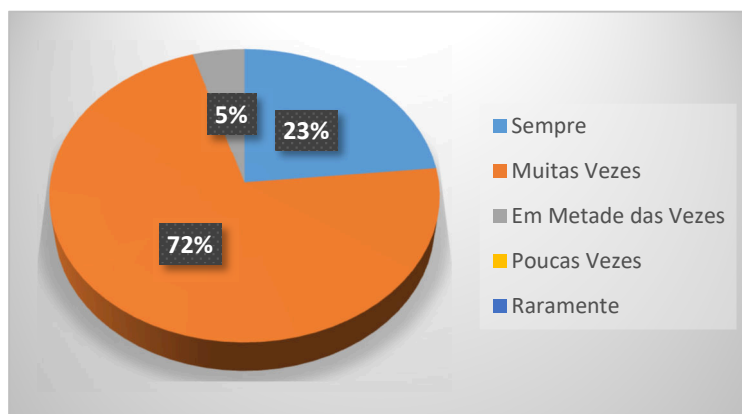
Contexto 1 (n = 15)



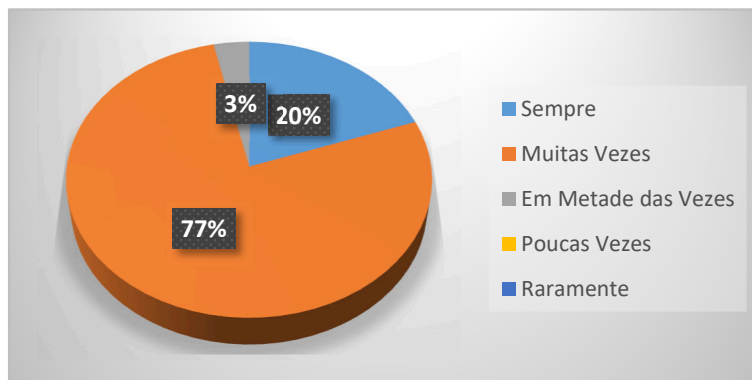
Contexto III (n = 8)



Contexto IV (n = 64)



TOTAL (n = 87)



APÊNDICE VII –
FOLHA DE AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE FORMAÇÃO

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Tema: Transmissão de Informação em momentos de *Handover*

Formador: André Martins

Data:

1 – Como considera a importância do tema desta sessão?

Muito importante	Importante	Indiferente	Pouco importante	Nada importante

2 – Como considera os conteúdos abordados nesta sessão para o seu desempenho profissional?

Muito adequados	Adequados	Indiferente	Pouco adequados	Nada adequados

3 – Considera que os conteúdos abordados nesta sessão podem promover uma melhoria no seu desempenho profissional?

Muito	Alguma coisa	Indiferente	Pouco	Nada

4 - Como considera o formador desta sessão no que diz respeito a:

Domínio dos conteúdos

Muito Bom	Bom	Indiferente	Pouco	Nada

Capacidade de transmissão de conteúdos

Muito Bom	Bom	Indiferente	Pouco	Nada

Interação com os Formandos

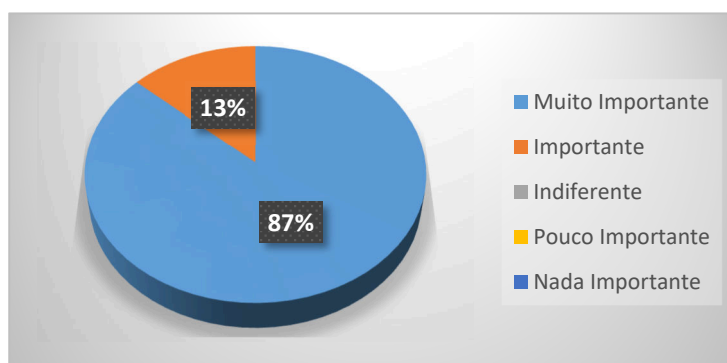
Muito Bom	Bom	Indiferente	Pouco	Nada

Sugestões:

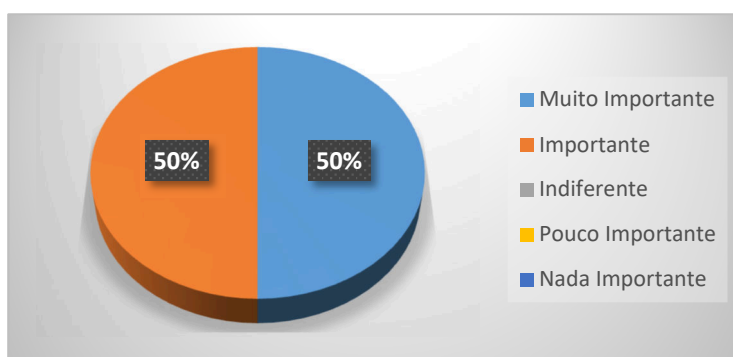
APÊNDICE VIII – ANÁLISE DA AVALIAÇÃO DA SESSÃO

1 – Como considera a importância do tema desta sessão?

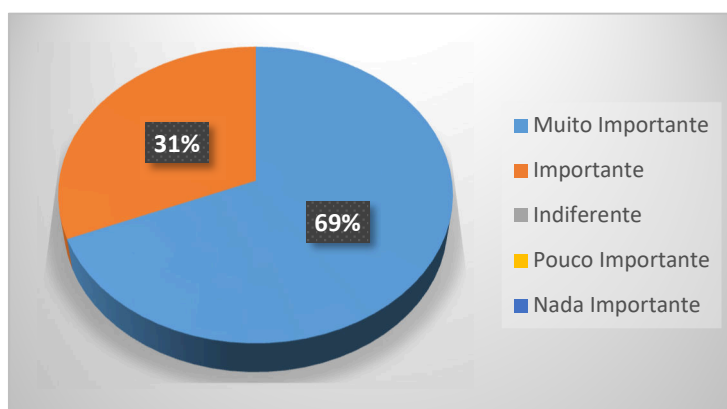
Contexto 1 (n = 15)



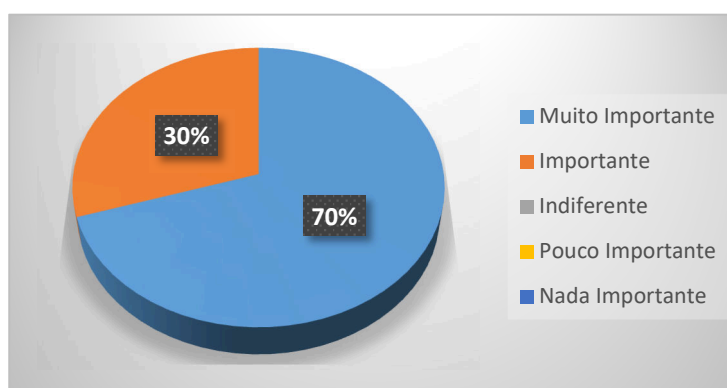
Contexto III (n = 8)



Contexto IV (n = 64)

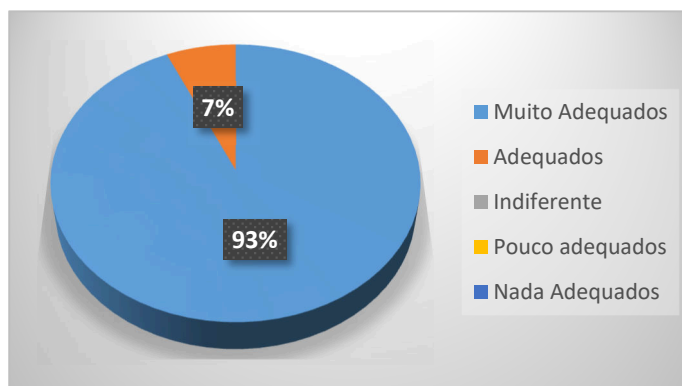


TOTAL (n = 87)

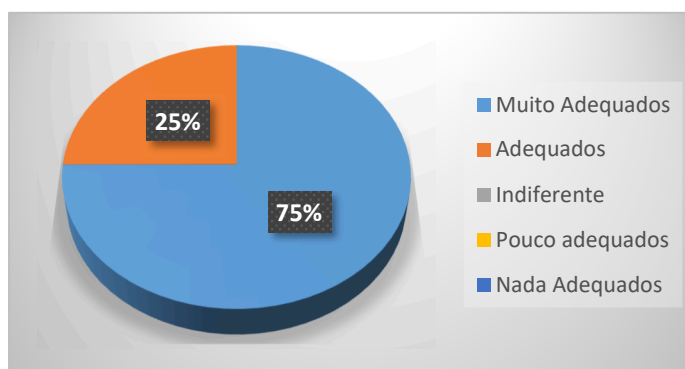


2 – Como considera os conteúdos abordados nesta sessão para o seu desempenho profissional?

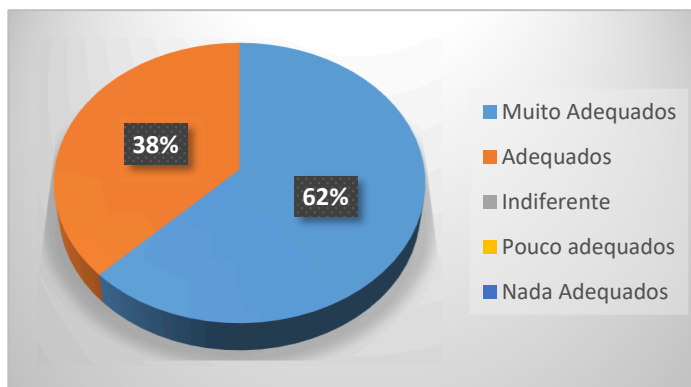
Contexto 1 (n = 15)



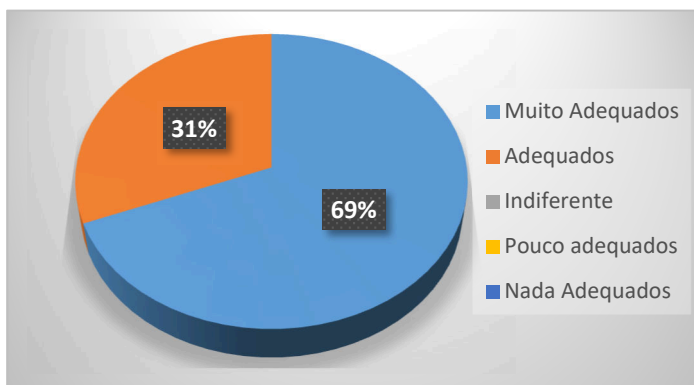
Contexto III (n = 8)



Contexto IV (n = 64)

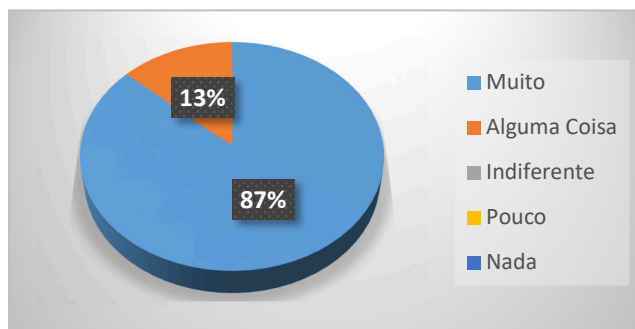


TOTAL (n = 87)

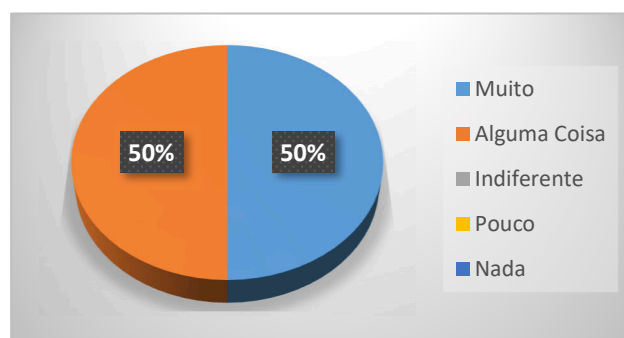


3 – Considera que os conteúdos abordados nesta sessão podem promover uma melhoria no seu desempenho profissional?

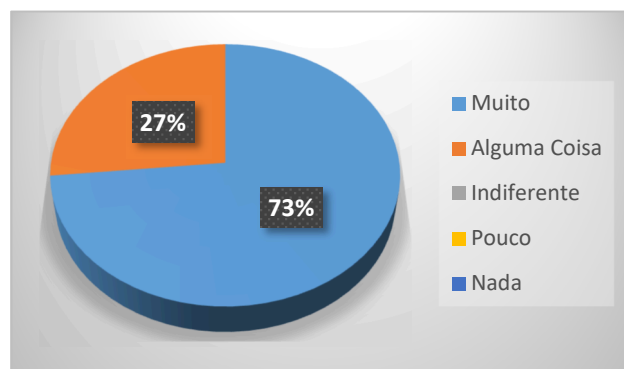
Contexto 1 (n = 15)



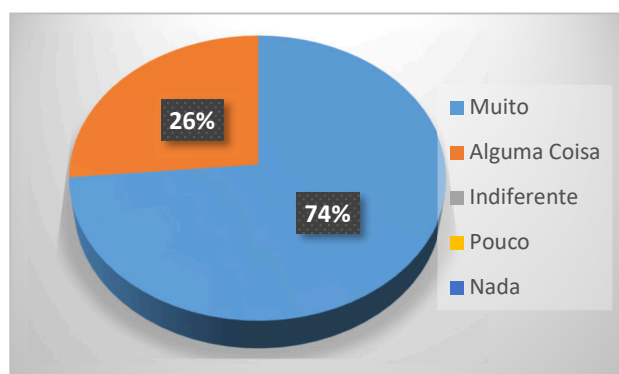
Contexto III (n = 8)



Contexto IV (n = 64)



TOTAL (n = 87)



APÊNDICE IX - FOLHA DE *HANDOVER* DO CHEFE DE EQUIPA

Registo de Doentes



Identificação	Situação	Antecedentes	Avaliação	Agenda



APÊNDICE X - FOLHA DE *HANDOVER* DO ENFERMEIRO

Identificação

Situação

Antece**B**entes
xxxxxxxxxxxxxxxx

Avaliação

Agua**R**da
xxxxxxxxxxxxxxxx

Identificação

Situação

Antece**B**entes
xxxxxxxxxxxxxxxx

Avaliação

Agua**R**da
xxxxxxxxxxxxxxxx