



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

COMUNICAÇÃO EFICAZ ENTRE O ENFERMEIRO E A PESSOA COM ENTUBAÇÃO OROTRAQUEAL

Ana Sofia Emídio Cardoso Leite

Orientação: Professora Doutora Maria do Céu Marques

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: *Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

COMUNICAÇÃO EFICAZ ENTRE O ENFERMEIRO E A PESSOA COM ENTUBAÇÃO OROTRAQUEAL

Ana Sofia Emídio Cardoso Leite

Orientação: Professora Doutora Maria do Céu Marques

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: *Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020



COMUNICAÇÃO EFICAZ ENTRE O ENFERMEIRO E A PESSOA COM ENTUBAÇÃO OROTRAQUEAL

Ana Sofia Emídio Cardoso Leite

Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica

Júri:

Presidente: Professor Doutor Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro

Arguente: Professora Mariana Vitória Falcão Carrilho Carolino Pereira

Orientador: Professora Doutora Maria do Céu Mendes Pinto Marques

Data: 13 de julho de 2020

Estarás morto no dia em que disseres: Basta!

Por isso, faz cada vez mais, avança sempre, caminha sempre, jamais voltes e nunca te desvies do caminho.

Santo Agostinho

AGRADECIMENTOS

Às Professoras Maria do Céu Marques e Mariana Pereira pela orientação, disponibilidade, compreensão e encorajamento ao longo de todo este caminho.

Aos Enfermeiros Filipe, Anabela e Sónia pela constante disponibilidade e motivação, e pelos exemplos que são na prática clínica enquanto Enfermeiros Especialistas.

A todos os colegas do Serviço de Urgência e da Unidade de Cuidados Intensivos pela forma como me acolheram.

Ao Bruno, meu marido, minha pedra angular, pelo constante incentivo, confiança, apoio incondicional e compreensão pelas ausências, e claro pelo seu amor.

Aos meus pais e irmãos, pela educação que me deram e me permite ser a Pessoa que sou, e contribui para a Enfermeira em que me tornei.

À Ana Filipa e à Cláudia, companheiras deste percurso, pela partilha, incentivo mútuo e amizade.

A todos, mais uma vez, o meu sincero **Muito Obrigada!**

RESUMO

Objetivo: Realizar uma análise reflexiva sobre o processo formativo desencadeado ao longo dos estágios e sobre a sua importância no desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente Pessoa em Situação Crítica e Mestre em Enfermagem.

Metodologia: Na elaboração do presente relatório foi utilizada uma metodologia reflexiva, em que são descritas e analisadas criticamente as atividades desenvolvidas ao longo dos Estágio 1 e Estágio Final, assim como no processo formativo realizado ao longo do curso. A intervenção profissional *major* foi desenvolvida de acordo com a metodologia de projeto.

Resultados: O presente relatório demonstra de que forma foram adquiridas e desenvolvidas as competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente Pessoa em Situação Crítica e Mestre em Enfermagem. A intervenção profissional *major* culminou num conjunto de propostas de melhoria contínua a ser implementadas, na Unidade de Cuidados Intensivos que acolheu o Estágio Final.

Conclusão: Neste relatório foram abordadas de forma sistematizada as atividades desenvolvidas nos Estágio 1 e Estágio Final, com maior enfoque na comunicação com a pessoa com entubação oro-traqueal, finalizando com a análise crítico reflexiva sobre o processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente Pessoa em Situação Crítica e Mestre em Enfermagem, tendo sido considerados atingidos os objetivos definidos.

Palavras-chave

Enfermagem Médico-Cirúrgica; Pessoa em Situação Crítica; Comunicação em Enfermagem; Intubação Endotraqueal.

ABSTRACT

Objective: Carry out a reflexive analysis on the training process triggered during the internships and on its importance in the development and acquisition of common and specific skills of Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in the strand Person in Critical Situation and Master in Nursing.

Methodology: In the preparation of this report, a reflective methodology was used, in which the activities developed during Internship 1 and Final Internship are described and critically analyzed, as well as in the training process carried out throughout the course. The major professional intervention was developed according to the project methodology.

Results: This report demonstrates how the skills of Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in the strand Person in Critical Situation and Master in Nursing were acquired and developed. The major professional intervention culminated in a set of proposals for continuous improvement to be implemented in the Intensive Care Unit that hosted the Internship Stage.

Conclusion: In this report, the activities developed in Internship 1 and Final Internship were systematically addressed, with a greater focus on communication with the person with intratracheal intubation, ending with a critical reflexive analysis on the process of acquisition and development of common and specific skills of Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in the strand Person in Critical Situation and Master in Nursing, having been considered achieved the defined objectives.

Keywords

Medical-Surgical Nursing; Person in Critical Situation; Nursing Communication; Intubation Intratracheal.

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ABCDE – *Airways, Breathing, Circulation, Disability e Exposure*

AR – Assembleia da República

AVC – Acidente Vascular Cerebral

B-On – Biblioteca do Conhecimento *Online*

CHU – Centro Hospitalar Universitário

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DGS – Direção Geral da Saúde

EBSCOhost – *Elton Bryson Stephens Company*

ECMO – *Extracorporeal Membrane Oxygenation*

eCPR – *Extracorporeal Cardiopulmonary Resuscitation*

EE – Enfermeiro Especialista

EEEMC-PSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente Pessoa em Situação Crítica

EOT – Entubação Orotraqueal

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

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBAR – *Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation*

MeSH – *Medical Subject Headings*

MS – Ministério da Saúde

NAS – *Nurse Activities Score*

NEMS – *Nine Equivalents Of Nursing Manpower Use*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

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

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAV – Suporte Avançado de Vida

SIV – Suporte Imediato de Vida

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

SWOT – *Strengths, Weakness, Threats e Opportunities*

TISS-28 – *Therapeutic Intervention Scoring System-28*

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. – Protocolo de Pesquisa _____	32
Figura 2. – Representação da Teoria das Transições _____	38

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. – Percentagem de pessoas que responderam "Não me Lembro" quando questionadas sobre a dificuldade em comunicar durante o internamento na UCI, por ano	42
Gráfico 2. – Percentagem das pessoas que referem lembrar-se da dificuldade em comunicar na UCI, por ano	42
Gráfico 3. – Tempo de experiência profissional em UCI da equipa de enfermagem, em anos	43
Gráfico 4. – Respostas dos enfermeiros à questão "Considera que a entubação oro-traqueal é uma barreira à comunicação com a pessoa?"	44
Gráfico 5. – Relação entre a utilização das estratégias de comunicação e a perceção da sua eficácia pelos enfermeiros da UCI	45
Gráfico 6. – Respostas dos enfermeiros à questão "Considera que a comunicação eficaz com a pessoa entubada oro-traquealmente é imprescindível para o desenvolvimento do plano de cuidados de enfermagem?"	46
Gráfico 7. – Respostas dos enfermeiros à questão "Considera que tem o tempo necessário para comunicar de forma eficaz com a pessoa entubada oro-traquealmente?"	47
Gráfico 8. – Respostas dos enfermeiros à questão "Com que frequência envolve a família na comunicação com a pessoa entubada oro-traquealmente?"	48

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. – Análise SWOT	48
--------------------------	----

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS	20
1.1 SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL	20
1.2 MEIOS DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR	22
1.3 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE	24
2. INTERVENÇÃO PROFISSIONAL MAJOR	27
2.1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO E FUNDAMENTAÇÃO	29
2.2 METODOLOGIA	40
2.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	57
3. ANÁLISE REFLEXIVA DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	58
3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE EM ENFERMAGEM	59
3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA – PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E MESTRE EM ENFERMAGEM	75
CONCLUSÃO	95

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS _____ 98

APÊNDICES _____ CX

ANEXOS _____ CCXLIV

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice I – Projeto de Estágio do Estágio 1 _____	CXI
Apêndice II – Projeto de Estágio do Estágio Final _____	CXXXV
Apêndice III – Revisão Integrativa da Literatura sob o título “A comunicação eficaz entre os enfermeiros e a pessoa com entubação oro-traqueal: Revisão integrativa” _____	CLXIV
Apêndice IV – Questionário aplicado aos enfermeiros da UCI para Diagnóstico de Situação _____	CLXXXVIII
Apêndice V – Cronograma de atividades do Estágio Final _____	CXCI
Apêndice VI – Plano de sessão da sessão de formação sob o tema “Comunicação com a Pessoa sob Entubação Orotraqueal” _____	CXCIII
Apêndice VII – Apresentação de diapositivos da sessão de formação sob o tema “Comunicação com a Pessoa sob Entubação Orotraqueal” _____	CXCV
Apêndice VIII – Folha de presenças na sessão de formação sob o tema “Comunicação com a Pessoa sob Entubação Orotraqueal” _____	CCVII
Apêndice IX – Questionário a aplicar aos enfermeiros da UCI para avaliação 6 meses após a aplicação das propostas de melhoria _____	CCIX
Apêndice X – Consentimento Informado e Esclarecido aos Enfermeiros da UCI _____	CCXII

Apêndice XI – Cartaz para divulgação da sessão de formação sob o tema “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde” _____ CCXIV

Apêndice XII – Plano de sessão da sessão de formação sob o tema “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde” _____ CCXVI

Apêndice XIII – Apresentação de diapositivos da sessão de formação sob o tema “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde” _____ CCXX

Apêndice XIV – Proposta de documento de apoio para momentos de transição de cuidados de saúde no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica _____ CCXXXI

Apêndice XV – *Poster Científico* “A Preparação dos Enfermeiros na Gestão de Situações de Exceção e Catástrofe” _____ CCXXXIII

Apêndice XVI – Proposta de Norma de Procedimento sobre “Colocação e Manutenção do Sistema de Contenção Fecal” _____ CCXXXV

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I – Formulário de avaliação da formação em serviço utilizado na UCI _____	CCXLV
Anexo II – Parecer da Enfermeira Chefe da UCI sobre a implementação do projeto _____ _____	CCXLVII
Anexo III – Parecer da Direção de Enfermagem sobre a Implementação do Projeto _	CCXLIX
Anexo IV – Participação nas “I Jornadas de Enfermagem – Sustentabilidade e Inovação em Enfermagem” _____	CCLIII
Anexo V – Programa das “I Jornadas de Enfermagem – Sustentabilidade e Inovação em Enfermagem” _____	CCLV
Anexo VI – Certificado de Participação nas “II Jornadas Defesa + Saúde – Medicina de Catástrofe” _____	CCLVIII
Anexo VII – Programa das “II Jornadas Defesa + Saúde – Medicina de Catástrofe” __	CCLX
Anexo VIII – Certificado de Participação no Congresso Científico “Status 5 Trauma, Emergência, Reanimação - O estado da arte!” _____	CCLXII
Anexo IX – Programa do Congresso Científico “Status 5 Trauma, Emergência, Reanimação - O estado da arte!” _____	CCLXIV
Anexo X – Programa do “3 rd Intensive Care Medicine Symposium” _____	CCLXVII
Anexo XI – Certificado de Participação na Palestra sob o tema “O papel do Enfermeiro na Unidade de Cuidados Intensivos” _____	CCLXX

Anexo XII – Certificado de Participação no “2nd *International Congress on Emergency – ICE*” _____ CCLXXII

Anexo XIII – Programa do “2nd *International Congress on Emergency – ICE*” _____ CCLXXIV

Anexo XIV – Certificado do Curso de “Suporte Avançado de Vida” _____ CCLXXVI

Anexo XV – Certificado do Curso “*International Trauma Life Support*” _____ CCLXXVIII

Anexo XVI – Critérios de avaliação para o transporte intra-hospitalar da Ordem dos Médicos e da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos _____ CCLXXX

Anexo XVII – Certificado de Apresentação do *Poster Científico* “A Preparação dos Enfermeiros na Gestão de Situações de Exceção e Catástrofe” _____ CCLXXXII

INTRODUÇÃO

No âmbito do 2º curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente Pessoa em Situação Crítica, desenvolvido pelo conjunto de cinco escolas, composto por Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja e Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco, foi-nos proposto a realização do presente relatório, que pretende explanar o percurso formativo desenvolvido para apropriação de conhecimentos, reflexão sobre a prática clínica, e desenvolvimento e aquisição de competências, com vista à aquisição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente Pessoa em Situação Crítica (EEEMC-PSC), bem como do Grau de Mestre em Enfermagem, após discussão e aprovação em provas de defesa pública.

Este documento encontra-se elaborado de acordo com uma metodologia reflexiva, em que são descritas e analisadas criticamente as atividades desenvolvidas ao longo dos Estágio 1 e Estágio Final, assim como o processo formativo realizado ao longo deste curso. As atividades realizadas nos referidos estágios foram previamente planeadas, no sentido de adquirir e desenvolver as competências descritas pela Ordem dos Enfermeiros como as competências comuns de Enfermeiro Especialista (EE) (OE, 2011a; OE, 2019), as competências específicas de EEEMC-PSC (OE, 2011b, OE, 2018) e as competências de Mestre em Enfermagem, de acordo com o Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de Agosto de 2013, que regula os graus académicos e diplomas do ensino superior, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 65/2018. Estas atividades encontram-se refletidas nos respetivos projetos de estágio (Apêndices I e II).

Durante todo este percurso norteamos a nossa praxis clínica num conjunto de documentos de referência para a profissão de enfermagem, nomeadamente o Regulamento

do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (MS, 1996), a Deontologia Profissional (AR, 2015), as competências comuns e específicas do EEMC-PSC (OE, 2011a; OE, 2019; OE 2011b; OE, 2018) e o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica: na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (OE, 2017).

A Ordem dos Enfermeiros refere que “enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados” (OE, 2019, p. 4744). O EEMC-PSC presta estes cuidados à pessoa em situação crítica, definida como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou iminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2011b, p.8656), mantendo o foco constante na procura da excelência do exercício profissional nas várias vertentes dos seus cuidados de enfermagem especializados (OE, 2017). A presença de EE na equipa de enfermagem, e de cuidados especializados no cuidado à pessoa em situação crítica, está associado a melhores resultados na pessoa internada e a diminuição do tempo de recurso a equipamentos de ventilação durante o internamento (Fukuda, Sakurai & Kashiwagi, 2020).

Aquando da necessidade de definição da intervenção profissional *major*, de acordo com a metodologia de projeto, procuramos identificar necessidades concretas do contexto de estágio, centrando-nos num “problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução” (Ruivo, Nunes & Ferrito, 2010, p.2). Assim, através de dados recolhidos junto de pessoas internadas, observação não estruturada e reunião com o enfermeiro supervisor e a enfermeira chefe, identificamos a problemática da eficácia da comunicação com a pessoa com entubação oro-traqueal (EOT). Uma vez que verificamos na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) em causa a ausência de uniformização nas estratégias utilizadas pelos enfermeiros. A comunicação é essencial para a prática de enfermagem, mostrando-se essencial desde a interação entre pares à prestação de cuidados à pessoa e/ou família, sendo muitas vezes utilizada também como instrumento terapêutico. A sua eficácia tem influência na qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, sendo inclusive um dos objetivos estratégicos do “Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020” (MS, 2015b).

Afaí Meleis na Teoria das Transições realça o papel do enfermeiro no alcance da estabilidade da pessoa num processo de transição. Numa teoria que encara a pessoa na sua totalidade, com realce nos processos de transição que a pessoa vivencia ao longo da sua vida, analisando a natureza das transições, as suas condicionantes e os seus padrões de resposta (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000; Meleis, 2010). Esta teoria de médio alcance foi, ao longo deste percurso, norteadora da nossa intervenção, assim como o tem sido na nossa prática clínica, praticamente desde o início da nossa experiência profissional. A comunicação eficaz é essencial em todos os aspetos que se relacionam com uma transição, desde a avaliação das características da transição à intervenção em qualquer momento da mesma.

Com a construção deste relatório temos como objetivo geral realizar uma análise reflexiva sobre o processo formativo desencadeado ao longo dos estágios e sobre a sua importância no desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas de EEEMC-PSC e Mestre em Enfermagem. Como objetivos específicos pretendemos descrever os contextos clínicos que foram palco dos estágios, descrever a intervenção profissional *major* desenvolvida no decorrer do Estágio Final, em todas as suas etapas, e analisar criticamente o processo de desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas de EEEMC-PSC e de Mestre em Enfermagem.

Tendo por base os objetivos descritos, o presente relatório encontra-se dividido em três partes. Na primeira parte são descritos os contextos de prática clínica que nos acolheram nos diferentes estágios, na segunda parte é explanada a intervenção profissional *major*, elaborada de acordo com a metodologia de projeto, com descrição de todas as suas etapas. Por fim, é exposta a análise crítico reflexiva do processo de desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas de EEEMC-PSC e de competências de Mestre em Enfermagem. Terminamos este documento com uma breve conclusão, exibição das referências bibliográficas e alguns documentos elaborados e relevantes no decorrer deste processo de aprendizagem, que constam em apêndice e anexo.

Este documento encontra-se redigido de acordo com o novo acordo ortográfico português, à exceção das citações diretas de autores, e está elaborado tendo por base a norma de referência bibliográfica da *American Psychological Association* 6ª edição.

1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS

O presente relatório reflete sobre as competências desenvolvidas ao longo de um percurso de cerca de dois anos, percurso que foi fortemente enriquecido por estágios em diferentes contextos clínicos, nomeadamente nas unidades curriculares de Estágio 1 e Estágio Final. Neste capítulo retratamos brevemente as realidades dos contextos clínicos que nos acolheram neste processo de desenvolvimento de competências.

1.1 SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

A unidade curricular Estágio 1 decorreu num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) de um centro hospitalar da região de Lisboa e Vale do Tejo, que abrange cerca de 350.000 habitantes. Este serviço tem como missão: “o atendimento dos doentes urgentes e emergentes, prestando-lhes os cuidados adequados à sua situação clínica, articulando-se com as demais estruturas institucionais, estatais e não estatais, que atuam no âmbito do Serviço Nacional de Saúde direta ou indiretamente, desde a área pré-hospitalar à hospitalar” (SUG, 2014, p.4).

Este SUMC regista um movimento de cerca de 90.000 episódios de urgência por ano, o que se traduziu uma média de 234 admissões diárias em 2012, mas em aumento progressivo. Por exemplo, no ano de 2017, em vários dias, foram recebidas mais de 300 pessoas. Segundo dados dos últimos anos, das pessoas triadas através da Triagem de *Manchester*, são classificadas por grau de gravidade da seguinte forma: cerca de 0,5% são triados como “emergentes” (pulseira vermelha), cerca de 10% como “muito urgentes” (pulseira laranja), cerca de 55% como “urgentes” (pulseira amarela), cerca de 25% como “pouco urgentes”

(pulseira verde), cerca de 0,5% como “não urgentes” (pulseira azul) e cerca de 10% como “referenciado/atendimento programado” (pulseira branca) (SUG, 2018).

O serviço é constituído por uma equipa de enfermagem e de assistentes operacionais fixa, enquanto a equipa médica é rotativa, sendo o diretor clínico a única exceção. A equipa de enfermagem, é constituída por cerca de 70 enfermeiros. Uma enfermeira coordenadora e um segundo enfermeiro também em funções de gestão. Os restantes estão distribuídos por cinco equipas que funcionam em horários rotativos entre si, durante 24h por dia. Cada equipa tem um chefe de equipa e um segundo elemento que pode assumir estas funções na sua ausência.

A equipa de enfermagem é na sua grande maioria constituída por elementos mais jovens, uma vez que cerca de 75% dos elementos se encontra numa faixa etária abaixo dos 35 anos e com tempo de exercício profissional no SUMC inferior a dez anos. No que diz respeito ao número de enfermeiros por turno, o desejável é estarem catorze elementos nos turnos da manhã e tarde e onze no turno da noite, no entanto, verifica-se que em alguns turnos manhã e tarde apenas se encontram doze a treze elementos e em todos os turnos da noite apenas estão escalados dez elementos.

A equipa de assistentes operacionais é constituída também por cinco equipas em horário rotativo, sendo que cada uma está alocada a uma das equipas de enfermagem. Ainda no que diz respeito aos recursos humanos são também elementos constituintes da equipa multidisciplinar duas administrativas com funções de secretaria, cinco técnicos de cardiopneumologia e quatro funcionárias fixas ao gabinete do utente.

Em termos de organização física o serviço de urgência divide-se em duas áreas, ambulatório e unidade de internamento de curta duração, designado por Serviço de Observação. Na área de ambulatório estão disponíveis dois gabinetes de triagem, estando alocado um enfermeiro a cada gabinete, onde, é aplicado o método de Triagem de *Manchester* e o protocolo de encaminhamento por setores do SUMC. De seguida as pessoas são encaminhadas para o respetivo setor para atendimento médico, onde estão disponíveis as especialidades de medicina interna, cirurgia, ortopedia e psiquiatria; oftalmologia apenas das 8h às 20h e com atendimento fora do serviço. Encontram-se também permanentemente

disponíveis a Via Verde Acidente Vascular Cerebral (AVC), o Protocolo Sepsis e a Via Verde Coronária. A sala de emergência tem capacidade para atendimento em simultâneo a duas pessoas em situação crítica. Através desta sala dão entrada pessoas vítimas de grande traumatismo ou situação clínica que ponha em risco a vida. Outro setor disponível é a sala aberta, um espaço onde permanecem as pessoas que aguardam decisão clínica e que apresentem necessidade de maior vigilância ou administração de oxigénio. Perto desta área, encontra-se a sala de tratamentos, onde são efetuados a maior parte dos procedimentos de enfermagem. Na área de ambulatório existem ainda o gabinete de eletrocardiograma e a sala de colheita de sangue, com técnicos presentes 24h por dia. Por fim, e apesar de localizado num edifício separado, faz ainda parte do serviço o Balcão de Atendimento Complementar. Para esta área são encaminhadas as pessoas autónomas e triadas com prioridade “pouco urgente” ou “não urgente” na Triagem de *Manchester*. Este setor encontra-se aberto todos os dias das 10h às 23h, sendo composto por dois balcões de atendimento médico, sala de enfermagem e zona de assistentes operacionais. Na área de ambulatório é utilizado o método de enfermeiro responsável na sala de emergência e na sala aberta. No entanto, na sala tratamentos é privilegiado o método de trabalho à tarefa.

A área de internamento corresponde a um setor onde são prestados cuidados diferenciados em situações agudas e instáveis, idealmente nas primeiras 24h de permanência no serviço de urgência, podendo posteriormente, depois de estabilizadas, terem alta para o exterior, serem transferidos para um serviço de internamento ou outra instituição, de acordo com a situação clínica e disponibilidade de vagas. Nesta área os enfermeiros trabalham sempre segundo a metodologia de enfermeiro responsável.

1.2 MEIOS DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

O Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) tem como missão “definir, organizar, coordenar, participar e avaliar as atividades e o funcionamento de um Sistema Integrado de Emergência Médica de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correta prestação de cuidados de saúde” (MS, 2012, p.748). O instituto deve assegurar a prestação de cuidados medicalizados e não medicalizados de emergência médica pré-

hospitalar, bem como a respetiva articulação com os serviços de urgência e emergência, providenciando a adequada referenciação e transporte do doente urgente. (MS, 2012) Neste sentido, e tendo em consideração que alguns destes meios têm forte participação dos enfermeiros, como membros da equipa, tivemos oportunidade de prestar cuidados de enfermagem em dois destes meios.

1.2.1 Viatura Médica de Emergência e Reanimação

A Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) integra a rede de emergência pré-hospitalar com a prestação de cuidados medicalizados, dispondo de equipamento de Suporte Avançado de Vida (SAV). A equipa deste meio é constituída por um médico e um enfermeiro e o seu objetivo é tornar possível “o transporte rápido de uma equipa médica diretamente ao local onde se encontra o doente/sinistrado” (MS, 2014, p.11124), permitindo a sua estabilização em ambiente pré-hospitalar e o acompanhamento médico de pessoas em situação crítica durante o transporte. (MS, 2014)

As VMER devem integrar-se em Serviços de Urgência Polivalente e SUMC, nesse sentido a VMER onde realizamos estágio encontra-se integrada no SUMC onde nos encontrávamos igualmente a desenvolver o Estágio 1. Em funcionamento desde 2012, esta VMER tem atualmente uma equipa de enfermagem e médica composta apenas por colaboradores do respetivo centro hospitalar, como recomendado pela legislação (MS, 2014).

1.2.2 Ambulância de Suporte Imediato de Vida

A ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) integra também a rede de emergência pré-hospitalar com a prestação de cuidados medicalizados, dispondo de equipamento de SIV. A sua equipa é constituída por um enfermeiro e um técnico de emergência pré-hospitalar. Este meio foi concebido para o transporte com acompanhamento de pessoas em situação crítica,

por profissionais especializados, permitindo a sua estabilização em ambiente pré-hospitalar. (MS, 2014)

As ambulâncias SIV devem integrar-se em Serviços de Urgência Básica, sendo a ambulância SIV onde realizamos estágio uma das exceções, uma vez que tem a sua base num edifício do INEM. A equipa de enfermagem é composta por cerca de dez elementos, todos com horário de trabalho a tempo inteiro no INEM, sendo um dos enfermeiros responsável pela coordenação deste meio de emergência pré-hospitalar.

1.3 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE

A unidade curricular Estágio Final decorreu numa unidade de internamento com tipologia de UCI Polivalente de nível III, segundo a classificação da Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos, que dispõe ainda de oito vagas com tipologia de cuidados intermédios (nível I) (DGS, 2003; ACSS, 2017). Esta UCI está inserida num hospital de um Centro Hospitalar Universitário (CHU) de Lisboa. O CHU é atualmente constituído por seis unidades hospitalares do distrito de Lisboa e caracteriza-se pela sua elevada polivalência e diferenciação técnica. Por este motivo, para além dos concelhos da sua área geográfica de abrangência, admite pessoas de uma área de referência geográfica alargada, de acordo com as suas necessidades de cuidados de especialidades médicas. Esta abrangência que vai desde a zona centro ao Alentejo, com um total de cerca de 2,3 milhões de habitantes (CHULC, 2018).

O hospital onde decorreu o estágio tem sido, ao longo dos anos, uma escola para todos os profissionais de saúde conhecida pela sua exigência e consequente qualidade de cuidados prestados à comunidade, bem como por ter um papel pioneiro no surgimento de novas especialidades médicas. Hoje continua a ser palco de uma medicina moderna, atualizada e pioneira em Portugal (CHULC, 2018).

A medicina intensiva é uma área diferenciada das ciências médicas que “aborda especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções

vitais, eminente(s) ou estabelecida(s)” (ACSS, 2017, p.6) Tendo isto em consideração e os padrões de qualidade e diferenciação do CHU e do hospital que integra, esta UCI é um exemplo concreto disso, com reflexo direto na tipologia de cuidados que presta, e nas valências que possui para além das suas vagas de internamento. Esta UCI nos últimos anos tem vindo a revelar um crescimento no número de pessoas admitidas, reflexo da rentabilização progressiva da estrutura física da unidade. Enquanto em 2015 foram admitidas 640 pessoas, no ano de 2016 a UCI admitiu 888, continuando este aumento em 2017 com a admissão de 994 pessoas, e mantendo este nível em 2018 tendo sido admitidas um total de 937 pessoas neste ano.

A equipa de enfermagem é constituída por cerca de 80 enfermeiros, 21 dos quais especialistas (15 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e 6 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação). Ao nível da gestão, para além da enfermeira chefe do serviço, existem três elementos de apoio à gestão que se encontram em horário fixo em dias úteis. Os restantes enfermeiros que se encontram na prestação de cuidados de enfermagem estão distribuídos em cinco equipas em horário rotativo, assegurando a distribuição de um enfermeiro para cada duas pessoas de nível III e um enfermeiro para cada quatro pessoas de nível I. A exceção existe apenas com pessoas conectadas a *Extracorporeal Membrane Oxygenation* (ECMO), em que devido à complexidade de cuidados, o rácio é de um enfermeiro para uma pessoa internada. Todos os enfermeiros na prestação de cuidados trabalham segundo o método de enfermeiro responsável. Cada equipa tem ainda quatro elementos que podem assumir funções de chefe de equipa, sendo que em cada turno dois desses elementos assumem essas funções, ficando responsáveis pela gestão de recursos humanos e materiais, organização do serviço e apoio a procedimentos e situações complexas de prestação de cuidados. A equipa de enfermagem trabalha também em parceria com uma equipa de assistentes operacionais, que trabalha igualmente em horário rotativo. A equipa multidisciplinar é ainda constituída por uma equipa médica, maioritariamente das especialidades de Medicina Interna e Medicina Intensiva, que conta com o apoio pontual de todas as outras especialidades do CHU sempre que necessário. Fazem ainda parte da equipa multidisciplinar duas fisioterapeutas que estão na UCI durante os turnos da manhã, nos dias úteis, sendo garantido o tratamento de fisioterapia a pessoas referenciadas nas manhãs de fim-de-semana ou feriados. No apoio administrativo estão ainda disponíveis dois assistentes técnicos nos dias úteis, durante o turno da manhã.

A unidade de internamento funciona com treze camas de nível III e oito camas de nível I, com capacidade de estrutura física para mais cinco unidades de internamento, se necessário. Em caso de necessidade qualquer uma das vagas disponíveis pode ser convertida em nível III ou I, de acordo com o necessário e com os recursos humanos disponíveis. O internamento na UCI divide-se em doze salas, todas com duas camas, à exceção de uma sala que tem capacidade para quatro pessoas internadas. Uma destas salas de internamento está habitualmente reservada para o internamento de pessoas admitidas através do programa de *Extracorporeal Cardiopulmonary Resuscitation (eCPR)*. Para este programa está afeta ainda mais uma sala, onde é admitida a pessoa em paragem cardiorrespiratória (PCR), que dá entrada acompanhada pela equipa de emergência pré-hospitalar, durante as manobras de SAV. Esta sala está equipada com recursos materiais e preparada para acolher os recursos humanos necessários à colocação de ECMO durante as manobras de SAV.

A UCI possui ainda uma sala para realização de técnicas de substituição da função renal, onde se deslocam as pessoas que se encontram no serviço de urgência necessitando de ser submetidas a estas técnicas com caráter de urgência, ou pessoas internadas neste hospital que não apresentem estabilidade clínica para se deslocar ao serviço de hemodiálise do CHU, localizado noutro hospital. A esta sala, nos dias úteis no turno da manhã, está afeto um enfermeiro de forma permanente. Nos restantes turnos esta sala é assegurada habitualmente pelo segundo elemento de chefia de equipa. Numa das salas que pode receber duas vagas de internamento, atualmente funciona a sala para colocação de *pacemaker* ou eletrocáteter de emergência, equipada com intensificador de imagem. A esta deslocam-se as pessoas que recorram ao serviço de urgência polivalente a quem seja identificada esta necessidade, sendo a equipa multidisciplinar da UCI a assegurar os cuidados prestados a estas pessoas.

2. INTERVENÇÃO PROFISSIONAL *MAJOR*

A intervenção profissional *major* surge no âmbito da aquisição e desenvolvimento de competências de EEEMC-PSC e Mestre em Enfermagem, e integrada nas atividades desenvolvidas no contexto da unidade curricular Estágio Final.

Esta intervenção consiste num projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, desenvolvido tendo por base a metodologia de projeto. Esta metodologia visa um plano de trabalho com o objetivo de dar resposta à resolução de um problema que preocupa os seus autores. Na implementação de projetos é imprescindível um planeamento a longo prazo que seja sucinto e exequível (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). Os enfermeiros na sua prática diária trabalham já tendo por base o processo de enfermagem, que com as suas cinco fases cíclicas, se assemelha à metodologia de projeto na constante identificação de problemas e etapas de juízo clínico, planeamento, execução e avaliação, rumo à sua resolução e/ou minimização na vida das pessoas (Ruivo *et al.*, 2010; Potter & Perry, 2006; Melo, Figueiredo & Pereira, 2019).

A identificação da temática surge inicialmente pela observação da dificuldade sentida pelas pessoas internadas na UCI com EOT em comunicar, e também pelas necessidades verbalizadas, de forma não estruturada, pelos enfermeiros, em tornar esta comunicação eficaz. Sendo a comunicação em enfermagem uma das nossas áreas de maior interesse, desde cedo nos despertou motivação para trabalhá-la. Após uma reunião com o Enfermeiro Supervisor Clínico e com a Enfermeira Chefe da UCI ambos reconheceram a pertinência do tema, tendo a última identificado também a necessidade de auscultar os enfermeiros sobre as estratégias utilizadas e dificuldades sentidas. De seguida foi também validada a temática com a Docente que conduz a orientação pedagógica. Tendo por base o interesse manifestado por todos os intervenientes e a importância da comunicação como agente terapêutico nos cuidados de enfermagem, consideramos ser pertinente trabalhar o seguinte tema: “Comunicação eficaz entre o Enfermeiro e a Pessoa com EOT”.

O cuidar em enfermagem tem sido um conceito debatido ao longo dos tempos, com várias definições e dimensões estudadas por diversas teorias de enfermagem. No entanto, cada enfermeiro também coloca parte de si e da sua personalidade nos cuidados de enfermagem, assim é expectável que cada profissional se identifique mais com algumas teorias de enfermagem, em detrimento de outras. O nosso exercício profissional de enfermagem no quotidiano é sustentado por teorias de enfermagem, assim o nosso percurso ao longo deste curso não poderia ser diferente. Portanto, a escolha da teoria de médio alcance de Afaf Meleis *et al.* (2000), Teoria das Transições, tem em conta a forma como nos identificamos pessoal e profissionalmente com a mesma. Para além de ser fortemente norteadora do nosso pensamento e prática profissional de enfermagem, consideramos que se enquadra nos objetivos propostos ao longo do percurso realizado neste curso. Na temática trabalhada outros poderiam ser os modelos teóricos que se enquadrariam, como a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba ou o Modelo de Relação Pessoa-a-Pessoa de Joyce Travelbee. No entanto, como referimos, a nossa identificação profissional com o modelo teórico selecionado não se limita a esta intervenção profissional *major*, nem ao percurso neste curso, mas é norteador da nossa prática clínica quotidiana desde que conhecemos esta teoria há alguns anos. Assim, após alguma reflexão compreendemos que não fazia sentido explanar teoricamente um modelo quando não refletia a nossa intervenção no campo prático. Como referem Santos *et al.* (2018) a prática de enfermagem e a autonomia profissional consolidam-se no saber próprio da profissão, e esse «saber» relaciona-se com o «ser», e é sustentado pelas teorias de enfermagem. No entanto, é frequente encontrar uma separação entre o currículo teórico e a praxis clínica, levando a práticas rotineiras, ao invés de práticas reflexivas por parte dos enfermeiros. Mas é importante referir, como realçam os autores, que “o enfermeiro que reconhece os significados conceituais das teorias de enfermagem desde a sua formação contribui para dar sentido à prática assistencial, podendo diferenciar-se na construção do raciocínio e do julgamento clínico, além de na escolha das melhores intervenções de enfermagem, na identificação dos fenómenos pelos quais é responsável” (p. 596). Com esta consciência presente desde a nossa formação inicial, procuramos que a nossa praxis fosse desde logo assente numa teoria de enfermagem, da mesma forma que atualmente mantemos essa reflexão diária nas nossas intervenções.

2.1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO E FUNDAMENTAÇÃO

A segurança da comunicação é um dos objetivos estratégicos do “Plano Nacional para a Segurança dos Doente 2015-2020” (MS, 2015b). A sua eficácia é essencial para que haja troca de informação segura entre profissionais de saúde, entre profissionais e a pessoa internada e também com a sua família. Para além da importância que demonstra como agente terapêutico nos cuidados de enfermagem.

Neste capítulo será espelhado o enquadramento teórico que fundamenta a nossa tomada de decisão ao longo do projeto, que inclui uma revisão integrativa da literatura, com o conhecimento do estado da arte desta temática e uma breve descrição da teoria de médio alcance que norteia a nossa prática clínica e consequentemente a intervenção profissional *major*.

2.1.1 Comunicação Eficaz com a Pessoa com Entubação Orotraqueal

Nos últimos anos o paradigma da pessoa com EOT internada numa UCI tem vindo a evoluir de uma sedação profunda e curarização para uma sedação leve ou ausência de sedação e controlo eficaz da dor. Vários estudos têm vindo a demonstrar os benefícios da redução precoce da sedação nas pessoas internadas em UCI, nomeadamente ao permitir a mobilização física e otimização ventilatória precoces. Por outro lado, a pessoa que mantém necessidade de EOT, mas que se encontra acordada traz novos desafios aos cuidados de enfermagem, nomeadamente ao nível da comunicação, uma vez que estas pessoas se encontram impossibilitadas de falar normalmente (Egerod, Bergbom, Lindahl & Henricson 2015; Karlsen, Ølnes & Heyn, 2018).

Comunicação é definida como um comportamento interativo caracterizado por “dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não-verbais face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016). Phaneuf (2005) reitera que

“a comunicação é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. (...) Por seu intermédio, chegamos mutuamente a apreender e a

compreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa” (p.23).

No que se refere à importância da comunicação nos cuidados de enfermagem, Potter e Perry (2006) realçam que “à semelhança de qualquer agente terapêutico, pode ter consequências boas e más” (p.134), devendo o enfermeiro ser detentor de competências desta natureza, uma vez que a sua ausência “pode levar a problemas graves (...) e põe em perigo a credibilidade profissional” (p.134). A ineficácia da comunicação pode resultar em aumento de custos para a pessoa internada e para a instituição, bem como a falta de informação promove a insegurança e mal-estar da pessoa (Antonacci *et al.*, 2018). A comunicação em enfermagem é essencial para cuidados especializados e humanizados, fazendo parte de um complexo leque de competências que se relacionam com todas as restantes (Rezende *et al.*, 2015; Antonacci *et al.*, 2018). O enfermeiro sendo responsável pelas intervenções que planeia e executa, é também quem deve garantir que a comunicação interpessoal é realizada de forma assertiva, responsável e com objetivo terapêutico (Riley, 2004). No entanto, a eficiência da expressão e comunicação interpessoal do enfermeiro está diretamente relacionada com as suas competências de comunicação (Yıldırım, Durgu, Özdeş & Özdemir, 2020).

Quando questionadas sobre as suas vivências na UCI durante o período que se encontravam acordadas, mas com EOT, as pessoas dão especial importância ao que sentiram quando não se conseguiram exprimir. Um participante do estudo realizado por Engström, Nyström, Sundelin e Rattray (2013) realçou o sentimento de frustração associado à incapacidade de se fazer entender, referindo que para si era claro o que pretendia exprimir, então tentava comunicar e os profissionais não o entendiam. Refere inclusivamente que, em conjunto com os profissionais de saúde, tentou diversas formas, mas que não resultaram, que por exemplo quando tentou escrever, não conseguia fazê-lo. Também Tembo, Higgins e Parker (2014) descrevem testemunhos de pessoas que se sentiram irritadas, frustradas, isoladas e com a sensação de perda de controlo sobre si próprios.

A eficácia da comunicação afeta os resultados de saúde das pessoas de forma direta e indireta. Quando eficaz aumenta a participação nas decisões sobre o seu plano de cuidados, e como as pessoas referem, diminui sensações de ansiedade, angústia e insegurança (Karlsen *et al.*, 2018).

Para comunicar com a pessoa acordada com EOT é então necessário perceber quais as estratégias a utilizar para que a comunicação seja eficaz, percebendo conseqüentemente de que forma devem os enfermeiros adaptar o plano de cuidados de enfermagem. Neste sentido, para conhecer o estado da arte nesta temática foi feita uma revisão integrativa da literatura (apêndice III), com a pergunta **“De que forma podem os enfermeiros (I) comunicar eficazmente (R) com a pessoa adulta sob EOT (P)?”**, elaborada de acordo com a metodologia PI(C)OD (População, Intervenção, Resultados – *Outcomes*, Desenho do Estudo) (JBI, 2014a).

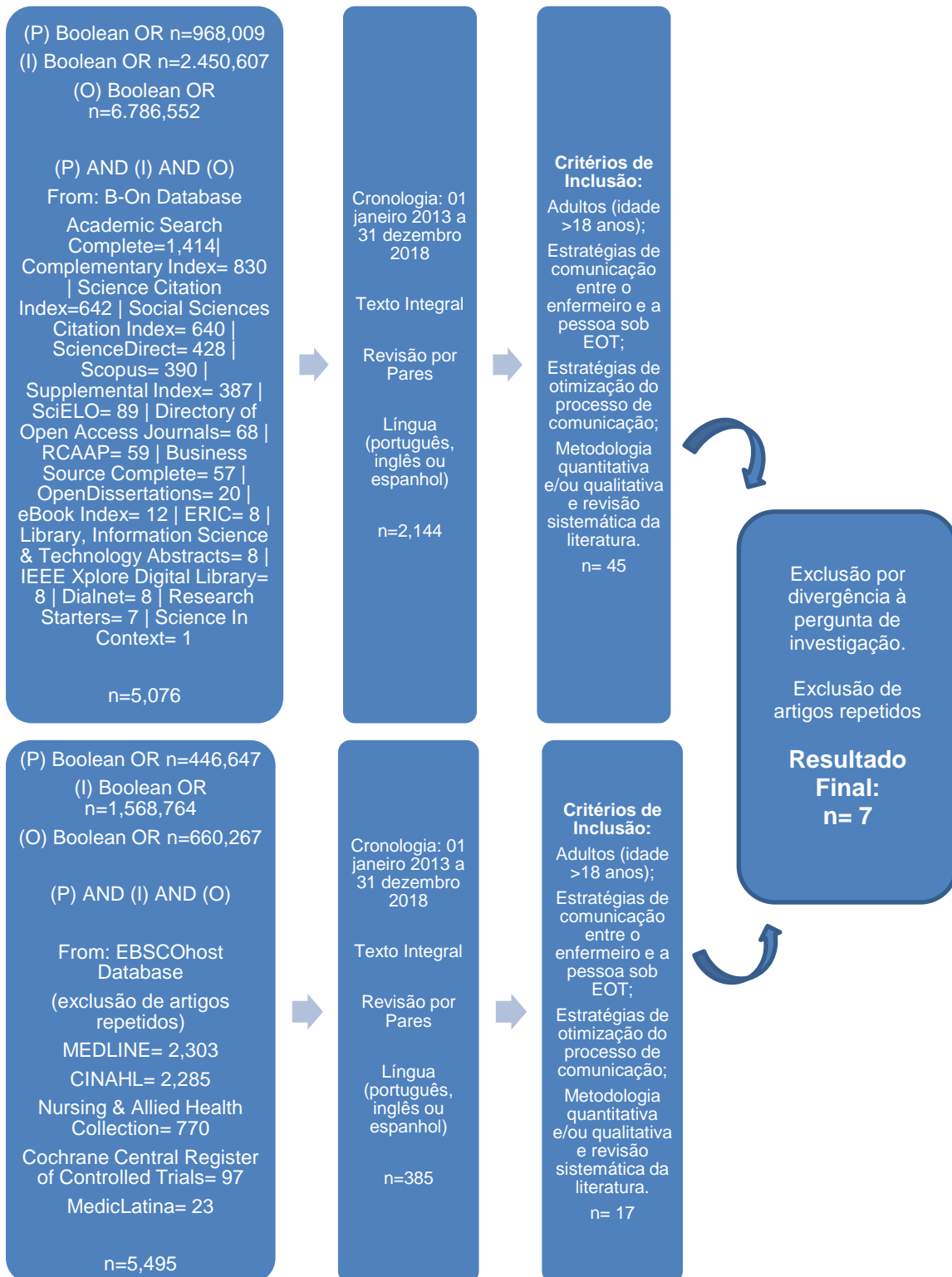
A pesquisa foi realizada de acordo com o protocolo do *The Joanna Briggs Institute* (JBI, 2014a), nas bases de dados eletrônicas *Elton Bryson Stephens Company* (EBSCOhost) e Biblioteca do conhecimento *on-line* (B-On), com os seguintes *Medical Subject Headings* (MeSH): “*Intratracheal Intubation*”, “*Critical Care*”, “*Intensive care units*”, “*Nursing*”, “*Nursing Care*”, “*Critical Care Nursing*”, “*Nurse-Patient Relations*”, “*Communication*” e “*Communication Barriers*”. Foi ainda necessário considerar o termo “*mechanical ventilation*” que não consta dos descritores acima referidos, por se mostrar de especial relevância para a pertinência dos resultados obtidos na pesquisa.

- Inclusão dos Estudos

De acordo com os objetivos traçados foram definidos como critérios de inclusão estudos qualitativos e quantitativos, em português, espanhol e inglês, originais, com disponibilidade do texto integral, com revisão por pares, publicados entre 2013 e 2018, disponíveis nas bases de dados científicas *EBSCOhost* e *B-On*, em que a população estudada são pessoas adultas com EOT, internadas numa UCI.

Assim foi aplicado o protocolo de pesquisa espelhado na Figura 1, com vista à obtenção da melhor evidência científica. Foram ainda assim incluídos dois estudos em que na população estudada foram incluídas também pessoas sob ventilação mecânica por traqueostomia, uma vez que, após a leitura integral dos mesmos, não revelam alteração dos resultados devido ao tipo de população.

Figura 1 - Protocolo de Pesquisa



Fonte: O próprio

Foram ainda aplicados a todos os estudos os instrumentos de avaliação do *The Joanna Briggs Institute* (JBI, 2014a; JBI, 2014b), de acordo com o tipo de estudo, com o objetivo de verificar os níveis de evidência e qualidade dos mesmos (apêndice III).

Por forma a facilitar a análise dos estudos e a discussão de resultados, foram sintetizados numa tabela os participantes, local, tempo, objetivos, intervenções e resultados de cada estudo. Esta tabela está incluída no apêndice III.

- Discussão de resultados:

Todos os autores realçam a importância do uso de estratégias na comunicação com a pessoa com EOT. Dithole *et al.* (2016) associam o uso de estratégias de baixo nível tecnológico (ex.: apertar as mãos, perguntas «sim/não», mímica labial, expressão facial, gestos, quadros com alfabeto ou escrever) a elevadas taxas de eficácia no processo de comunicação. Alguns autores avaliaram estratégias específicas, como quadros de comunicação, sendo que todos realçam que estes aumentam significativamente a eficácia da comunicação (Hosseini, Valizad-hasanloei, & Feizi, 2018; Otuzoglu & Karahan, 2014). Quando comparadas estratégias de baixo nível tecnológico com as de alto nível tecnológico, ambas se revelam eficazes, no entanto as segundas apresentam algumas limitações, como maiores dificuldades de utilização por necessidade de mais formação e treino, maiores problemas técnicos e indisponibilidade em vários locais por custos financeiros mais elevados (Carruthers, Astin & Munro, 2017).

No entanto, vários autores reconhecem que o sucesso e a eficácia das estratégias de comunicação estão intimamente relacionados com o conhecimento, formação e treino dos profissionais de saúde sobre o tipo de recursos e o seu uso, uma vez que na maior parte das vezes são estes que controlam o tempo, assunto e método de comunicação (Dithole *et al.*, 2016; Dithole *et al.*, 2017; Happ *et al.*, 2014; Holm & Dreyer, 2017). Pelo que a formação é essencial para despertar a atenção dos enfermeiros para as necessidades de comunicação da pessoa com EOT, inserida num ambiente já de si complexo e exigente, levando a uma necessidade de mudança de pensamento e organização dos cuidados de enfermagem. Reflexo disso são os exemplos de aumento da frequência de atos de comunicação e tentativas de clarificação da mensagem por parte dos enfermeiros, maior sucesso na comunicação e perceção de menos dificuldades sentidas pela pessoa com EOT na comunicação, após a realização de formação. Bem como, a referência feita pelos enfermeiros de que esta formação

deve ser incluída no plano de integração de novos profissionais e igualmente abrangente a enfermeiros com mais experiência em UCI (Holm & Dreyer, 2017; Happ, *et al.*, 2014; Dithole *et al.*, 2017).

Percebemos assim que vários tipos de estratégias de comunicação se podem mostrar eficazes no processo de comunicação, mas é de realçar que para isso é importante a devida preparação do enfermeiro para o seu uso e a respetiva adaptação à individualidade da pessoa com EOT, apesar das diretrizes institucionais que possam existir (Dithole *et al.*, 2016; Holm & Dreyer, 2017).

O cuidado de enfermagem que pretende dar resposta a todas as necessidades da pessoa em situação crítica tem que, nestes momentos, não só executar todos os procedimentos de monitorização e manutenção e/ou substituição de funções vitais, mas ir mais longe e procurar dar resposta a todo o tipo de necessidades, tendo por base as necessidades comunicadas pela pessoa com EOT.

2.1.2 Teoria das Transições de Afaf Meleis

Meleis (2010) define transição como um processo de passagem entre estados razoavelmente estáveis desencadeados por uma mudança. Tendo em consideração que todos os tipos de mudanças podem desencadear oportunidades de melhoria ou vulnerabilidade. Os autores (Meleis *et al.*, 2000; Meleis, 2010) definem as transições acerca da sua natureza. Uma transição, no que respeita ao tipo, pode ser desenvolvimental sendo associada a mudanças no ciclo vital (ex.: adolescência, gravidez ou maternidade), situacional estando relacionada com alterações de papéis (ex.: emigração), organizacional refletindo alterações ao nível de organizações (que podem ser alterações sociais, políticas, económicas ou intraorganizacionais) ou saúde/doença sendo resultado de uma alteração entre um estado de saúde e um estado de doença, que pode ser aguda ou crónica. As dificuldades de comunicação vivenciadas pelas pessoas com EOT são despoletadas por uma transição do tipo saúde/doença, enquanto a transição vivida pelos seus familiares é do tipo situacional.

Sobre a natureza das transições, estas podem ser de padrão simples ou múltiplo, sequencial ou simultâneas, e podem ser relacionadas ou não relacionadas. As transições podem ainda ser definidas quanto às propriedades, e são estas a consciencialização, o

envolvimento, a mudança e a diferença, o espaço de tempo e os pontos críticos e eventos. Estas propriedades não são elementos isolados, mas sim parte de um processo complexo e relacionam-se entre si (Meleis, 2000; Meleis *et al.*, 2010). As propriedades devem ser um dos pontos de partida para uma intervenção de enfermagem sustentada e integrada num plano de cuidados holístico, sendo, por vezes, necessário ao enfermeiro interpretar e desconstruir os sentimentos verbalizados pela pessoa, de modo a caracterizar as propriedades da transição e a partir daí identificar as respetivas intervenções de enfermagem (Santos, Janini, Souza & Santos, 2019).

A consciencialização está relacionada com a “perceção, conhecimento e reconhecimento de uma experiência de transição”¹ (Meleis, 2010, p.57), e é uma característica definidora da transição, uma vez que apenas quando a pessoa tem consciência da mudança e inicia o processo de conhecimento e reconhecimento da mudança é que inicia a transição. Outra propriedade das transições é o envolvimento, que é diretamente influenciado pelo nível de consciencialização. Meleis (2010) refere inclusivamente que pode não existir envolvimento se não houver consciencialização, uma vez que se relaciona fortemente com a perceção das mudanças.

A mudança e a diferença surgem como propriedades essenciais numa transição, e apesar de semelhantes elas não são sinónimos de transição. Todas as transições envolvem mudança, mas nem todas as mudanças resultam em transição, uma vez que é necessário compreender e descrever a mudança e os seus significados. Devem ser exploradas as suas dimensões como a natureza, temporalidade, importância percebida ou gravidade e expectativas pessoais, familiares e sociais. O confronto com a diferença é outra propriedade das transições, descrita pela autora através da perceção de expectativas não correspondidas, sentir-se diferente, ser visto como diferente ou ver o mundo de formas diferentes. Todas as transições são definidas por um fluxo e movimento no tempo, pelo que é importante o espaço de tempo em que ocorrem, assim como avaliar esta variável uma vez que nem sempre uma transição segue a mesma trajetória cronológica e pode ser necessário reavaliar os resultados (Meleis, 2010).

¹ Tradução de “perception, knowledge, and recognition of a transition experience” (Meleis, 2010, p.57)

Os pontos críticos e os eventos em algumas situações são elementos facilmente identificados como desencadeadores de uma transição (ex.: diagnóstico de uma doença aguda), e estão associados a uma maior consciencialização da mudança e diferença, e envolvimento com o processo de transição. Por outro lado, podem também ser identificados como momentos de estabilização de novas rotinas ou competências que representam o final do processo de transição (Meleis, 2010).

Um processo de transição tem componentes que o facilitam ou dificultam e que os autores descrevem como condições da transição, e estas podem ser pessoais, da comunidade ou da sociedade. Nas condições pessoais são incluídos significados atribuídos por cada pessoa a eventos desencadeadores de transições que podem ser facilitadores ou inibidores do processo de transição, as crenças culturais e atitudes que podem influenciar a forma como a pessoa expressa as emoções relacionadas com a transição, a condição socioeconómica que quando é mais limitada pode aumentar a vulnerabilidade a sintomas psicológicos dificultadores da transição e a preparação e conhecimento, que como seria de esperar uma maior preparação facilita a transição enquanto a falta de preparação é um inibidor. Ligado à preparação está o conhecimento do que se pode esperar da transição e que estratégias podem ser utilizadas para lidar com este processo (Meleis *et al.*, 2000; Meleis, 2010). Os enfermeiros devem disponibilizar e promover a aquisição de informação acessível que permita tomadas de decisão esclarecidas, bem como evitar e/ou eliminar barreiras à comunicação (Santos *et al.*, 2019).

Ainda como condições facilitadoras ou inibidoras estão os apoios da comunidade, que por um lado podem ser recursos de suporte em que a pessoa se pode apoiar ou por outro podem ser inibidores do processo de transição por serem insuficientes ou não darem resposta às necessidades sentidas. O mesmo pode acontecer com as condições sociais, como acontece em situações de desigualdades e com os significados estereotipados, que podem interferir num processo de transição saudável (Meleis *et al.*, 2000; Meleis, 2010).

Como ferramentas de avaliação do processo de transição surgem os padrões de resposta, que permitem ao enfermeiro identificar se a transição se encaminha para um estado de vulnerabilidade ou de saúde, e assim planear como intervir para que a pessoa chegue a resultados saudáveis. São identificados alguns indicadores de processo que caracterizam as

transições saudáveis, que incluem sentir-se e estar ligado, interagir, estar situado e desenvolver confiança e *coping*. Sentir-se e estar ligado é um tema recorrente em relatos sobre transições, uma vez que é considerado um elemento importante para que a transição seja saudável. Num dos estudos há uma referência a transições saudáveis associadas a sentirem-se ligados a profissionais de saúde que pudessem responder às dúvidas e em quem sentiam confiança (Meleis *et al.*, 2000; Meleis, 2010). Só estabelecendo uma comunicação eficaz com a pessoa é possível fundar esta ligação e relação de confiança entre a pessoa e o enfermeiro. Os recursos disponíveis e a resposta dada pelos profissionais de saúde às dificuldades sentidas influenciam decididamente a capacidade da pessoa para se sentir ligado, como refletem Barimani, Vikstrom e Rosander (2017) no seu estudo.

A interação contribui para revelar, clarificar e serem apreendidos o significado da transição e os comportamentos desenvolvidos em resposta à transição. Estar situado no tempo, espaço e relações é também importante para que o processo de transição decorra de forma saudável. Por fim, o aumento do nível de confiança e desenvolvimento de estratégias de *coping* são indicadores de transições saudáveis. Estes manifestam-se no nível de compreensão dos processos decorridos durante a transição e quando a pessoa demonstra conhecimentos cumulativos e formas de lidar com os eventos e pontos críticos (Meleis *et al.*, 2000; Meleis, 2010). Como exemplificam Barimani, *et al.* (2017) no seu artigo, num processo de transição é essencial para o enfermeiro identificar as limitações vivenciadas pela pessoa ao nível dos indicadores de processo, e a partir daí planear as suas intervenções no sentido da promoção da transição saudável.

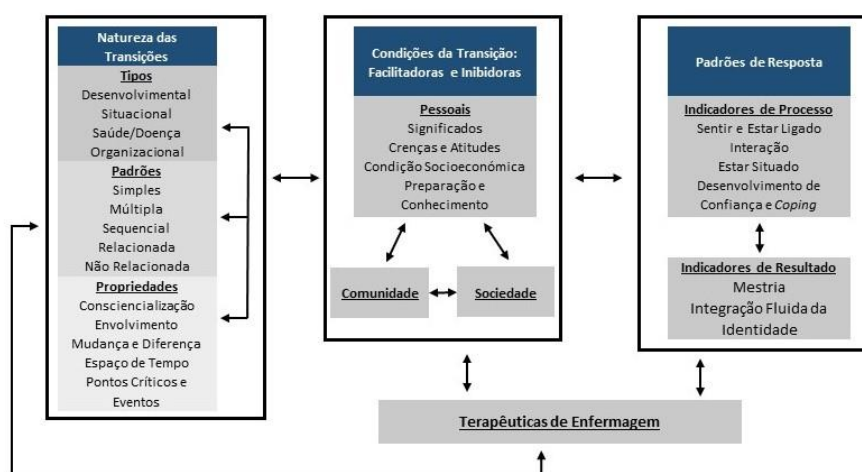
Dos estudos referidos pelos autores emergiram os dois indicadores de resultado que permitem identificar o final do processo de transição. São estes, a mestria e a integração da identidade fluida. Estes indicadores são demonstrados pelo domínio de novas competências e alteração de comportamentos necessários para lidar com as novas situações e ambientes (Meleis *et al.*, 2000; Meleis, 2010). A mestria e a integração da identidade fluida não são fáceis de atingir, sendo reflexo do desenvolvimento de uma transição saudável e que habitualmente requer uma intervenção de enfermagem diferenciada e individualizada. Santos, Janini e Oliveira (2019), através do exemplo que publicam demonstram esta dificuldade.

Meleis (2010) refere-se à pessoa como um ser humano com necessidades específicas e que está em constante interação com o ambiente envolvente onde se insere, nomeadamente a família, as comunidades e as condições físicas, naturais e artificiais. Apesar de lhe reconhecer capacidades de se adaptar a situações de mudança, realça que é influenciado pela doença, risco de doença ou vulnerabilidade, situação em que vive ou está em risco de viver um desequilíbrio. Deste modo, as transições que são desencadeadas por eventos críticos resultam de/e em mudanças, desde mudanças de vida, saúde, relacionamento e ambiente.

Muitas vezes os enfermeiros são os principais cuidadores das pessoas e das suas famílias durante um processo de transição, preparando e facilitando a aprendizagem de novos conhecimentos e competências relacionados com as mudanças necessárias. No entanto, os cuidados de enfermagem só são possíveis na relação e interação entre o enfermeiro e as pessoas (Meleis, 2010; Barimani *et al.*, 2017). Para o estabelecimento desta relação e interação a eficácia da comunicação é indispensável.

Meleis *et al.* (2000), através da articulação dos seus estudos, definiram uma metodologia de trabalho que sintetiza e reflete as relações entre os elementos de uma transição. Esta metodologia assenta nos três conceitos centrais explorados anteriormente: natureza das transições, condições facilitadoras/inibidoras da transição e padrões de resposta, relacionando-os com as terapêuticas de enfermagem, como é visível na Figura 2.

Figura 2 – Representação da Teoria das Transições



Fonte: Traduzido e adaptado de Meleis *et al.*, 2000; Meleis, 2010

Apesar da comunicação entre o enfermeiro e a pessoa não constituir em si uma transição, uma pessoa com EOT vive sempre uma transição do tipo saúde/doença, mesmo que a sua EOT seja consequência de uma intervenção planeada (condição que se verifica com menor frequência na UCI). Para além desta transição, de acordo com cada caso, a pessoa pode ainda se encontrar a vivenciar outro tipo de transições em simultâneo. Realçamos ainda que o enfermeiro também intervém nas transições vividas pela família e que a eficácia da comunicação com a pessoa implica também que entre esta e a sua família seja possível comunicar eficazmente. Assim, consideramos que na intervenção holística que um enfermeiro tem com a pessoa que vive uma ou várias transições e cumulativamente se encontra com EOT, promover uma comunicação eficaz é fundamental para promover uma transição saudável. Esta eficácia na comunicação com a pessoa com EOT irá permitir a correta identificação das propriedades da(s) transição(ões), das condições facilitadoras ou inibidoras e dos padrões de resposta. Consequentemente permite ainda que o enfermeiro possa intervir em qualquer um destes aspetos, com vista à promoção de transições saudáveis.

Tendo em conta o novo paradigma de evolução de uma sedação profunda e curarização para uma sedação leve ou ausência de sedação e controlo eficaz da dor, como já referido, é comum a pessoa vivenciar vários dias de internamento com EOT mas vigil. Sendo também comum que o evento que despoleta a EOT não seja planeado. Assim, nestas situações a pessoa percebe que iniciou uma transição saúde/doença quando acorda com EOT. A comunicação eficaz é em si uma condição facilitadora desta transição e mostra-se essencial para que a pessoa se possa sentir e estar ligada, bem como interagir.

Fawcett (2005) refere que a análise de uma teoria deve ser objetiva e sem julgamentos, em contrapartida a avaliação consiste no julgamento sobre o cumprimento ou não de critérios estabelecidos. A autora descreveu seis critérios que possibilitam a avaliação de grandes teorias e teorias de médio alcance, são eles a significância, consistência interna, parcimónia, adequação pragmática, adequação empírica e testabilidade. A significância recai sobre o contexto da teoria e na sua importância para a disciplina de enfermagem, afirmamos que existe significância se são claros metaparadigma, filosofia e conceitos originais da teoria. A consistência interna foca-se na coerência entre todos os elementos, modelo conceptual, conceitos e pressupostos. Neste critério a linguagem deve também ser clara e consistente ao

longo da discussão da teoria, possuindo assim consistência estrutural. No que respeita à parcimónia Fawcett (2005) realça o conteúdo da teoria, afirma que esta deve ser o mais económica possível em conceitos e pressupostos, tornando-se clara e facilmente compreendida, sem simplificar demasiado o fenómeno de estudo. Em relação à testabilidade, a teoria deve ser passível de ser aplicada e utilizada. Considerando as diferenças entre grandes teorias e teorias de médio alcance a autora define critérios diferentes para ambas. No que concerne à adequação empírica, as afirmações da teoria devem ser concordantes com a evidência empírica existente sobre o fenómeno de estudo. O último critério, a adequação pragmática, centra-se na utilidade da teoria na prática, devendo esta ser possível de “usar no mundo real da prática de enfermagem²” (Fawcett, 2005, p.134).

De acordo com os critérios de avaliação enumerados, segundo Fawcett (2005), e tendo por base a teoria de médio alcance de Afaf Meleis *et al.* (2000), Teoria das Transições, consideramos em relação à sua avaliação que a significância está presente, uma vez que os conceitos, proposições e pressupostos são explícitos e justificam a sua importância para a disciplina de enfermagem. Acerca da consistência interna os conceitos utilizados relacionam-se entre si, tornando-a clara e consistente, assim como a linguagem utilizada, promovendo a fácil compreensão da teoria. Apesar disso, no que concerne à parcimónia, a teoria não respeita este critério, uma vez que não se poupa em conceitos, apesar de todos se relacionarem entre si. Em relação à adequação pragmática a teoria é facilmente aplicada na prática de enfermagem, sendo claros os vários momentos e fases da transição em que o enfermeiro pode intervir, foram também já descritos diversos contextos da prática clínica em que foi aplicada, cumprindo também o critério de testabilidade. Por fim, a teoria obedece ao critério de adequação empírica tendo em conta que as suas afirmações vão ao encontro da evidência empírica do fenómeno de estudo.

2.2 METODOLOGIA

A metodologia de projeto tem como principal objetivo a resolução de problemas reais, criando uma ligação entre a teoria e a prática. Necessita sempre de uma base de desenvolvimento teórico que dê suporte à implementação prática do projeto, dando lugar durante este caminho à aquisição de capacidades e competências (Ruivo *et al.*, 2010). Esta

² Tradução de “used in the real world of nursing practice” (Fawcett, 2005, p.134).

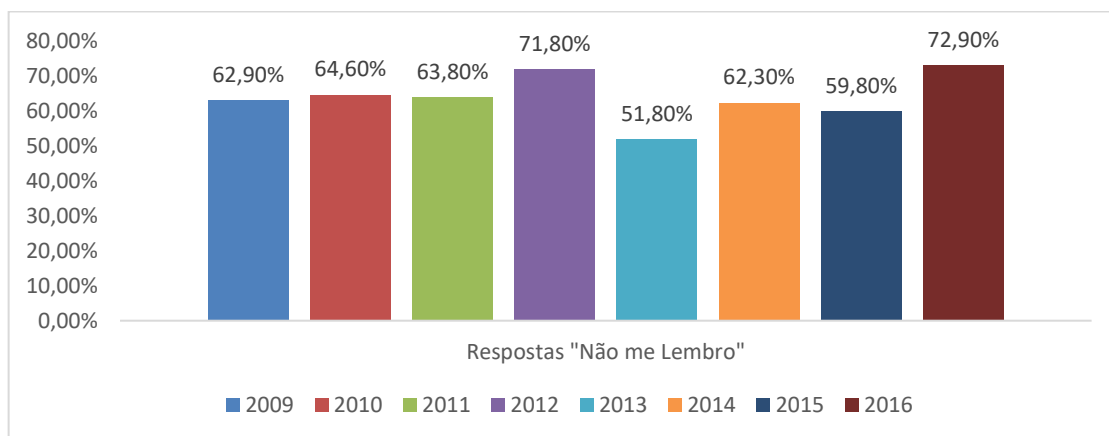
metodologia tem por base cinco fases: diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento, execução e divulgação de resultados.

2.2.1 Diagnóstico de situação

A primeira fase da metodologia de projeto é o diagnóstico de situação, etapa que é dinâmica, em que a caracterização da situação é contínua, permanente e alvo de atualizações constantes. No entanto, deve ser realizada num curto espaço de tempo de forma a permitir uma ação em tempo útil. Inicia-se pela identificação do problema, que na prática baseada na evidência, deve emergir de uma pergunta formulada na prática clínica (Ruivo *et al.*, 2010).

Tendo por base esta premissa, o diagnóstico da necessidade de trabalhar a temática da comunicação entre o enfermeiro e a pessoa com EOT, surgiu inicialmente após alguns momentos de observação não estruturada da prática clínica de enfermagem na UCI. Após estarmos despertos para esta temática tivemos ainda oportunidade de observar algumas consultas de *Follow Up* que são efetuadas com enfermeiro, médico e a pessoa, cerca de seis meses após a alta da UCI. Nesta consulta, após obtenção do consentimento da pessoa, são aplicados alguns instrumentos de recolha de dados (nomeadamente os seguintes questionários: “*Short Form 36*”, “*EQ 5D*”, “Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida após o Internamento na UUM”, “Instrumento de Avaliação das Experiências Vividas na UUM”, “*Post-Traumatic Stress Disorder Checklist*” e “*Hospital Anxiety and Depression Scale*”), e no questionário “Instrumento de Avaliação das Experiências Vividas na UUM” chamou-nos à atenção a questão “Como se lembra da sua estadia na UUM, no que se refere aos acontecimentos que vivenciou (...) (19) da dificuldade em comunicar”, em que é proposto à pessoa que responda de acordo a seguinte escala: “0 – Não me lembro”; “1 – Não me custou nada”; “2 – Era-me indiferente”; “3 – Custava-me, mas tinha de ser”; “4 – Custava muito, era um sacrifício”; “5 – Era horrível, não desejo a ninguém”. Assim começamos por analisar se as pessoas internadas na UCI referem como um problema a dificuldade em comunicar. Para tal, analisamos os dados disponíveis entre os anos de 2009 e 2016. Destes dados começamos por separar os dados das pessoas que referem não se lembrar dessas dificuldades, que como podemos ver no gráfico 1 são a maior parte das pessoas.

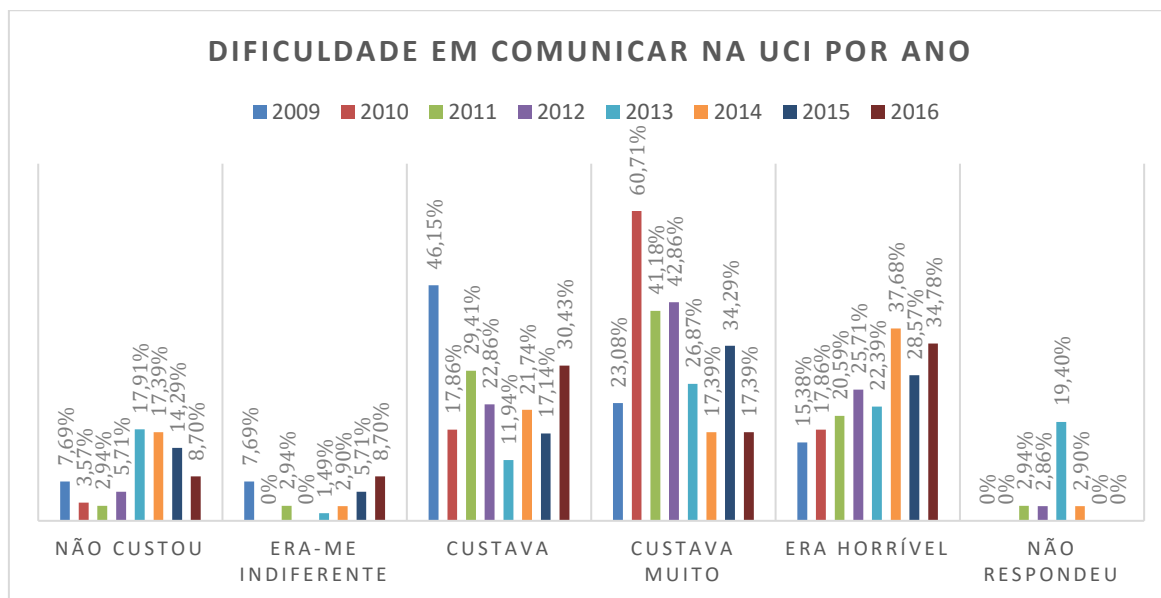
Gráfico 1 - Percentagem de pessoas que responderam "Não me Lembro" quando questionadas sobre a dificuldade em comunicar durante o internamento na UCI, por ano



Fonte: O próprio

Ainda assim consideramos relevante analisar a forma como as pessoas que se lembram vivenciaram as dificuldades de comunicação durante o seu internamento na UCI. No gráfico 2 podemos verificar, através dos dados apresentados, que grande parte das pessoas referiram que “custa”, “custa muito” ou “era horrível”.

Gráfico 2 - Percentagem das pessoas que referem lembrar-se da dificuldade em comunicar na UCI, por ano

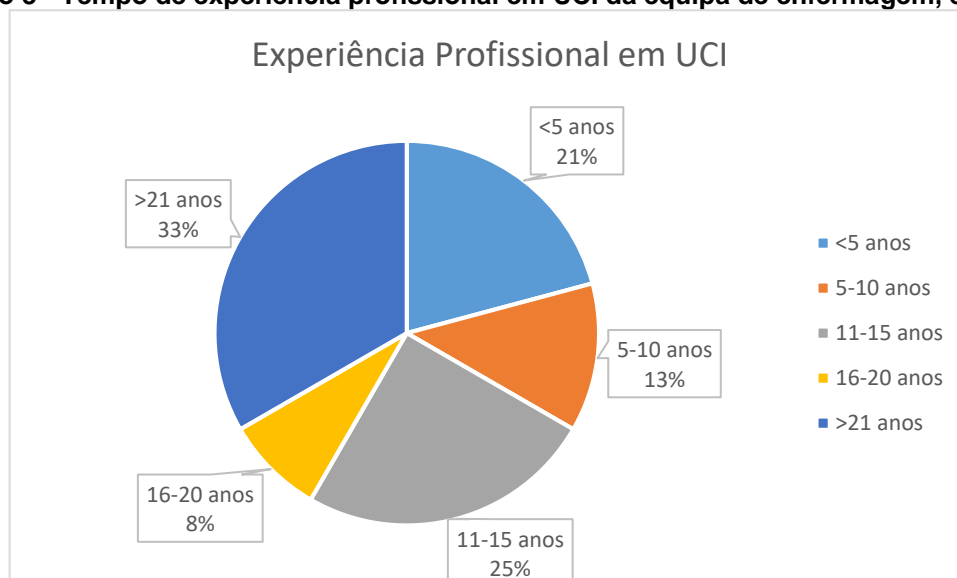


Fonte: O próprio

Após a análise destes dados, e tendo em consideração o nosso interesse por esta temática, promovemos uma reflexão com o enfermeiro supervisor, que também se reviu na importância da temática. De seguida foi debatida a problemática com a enfermeira chefe da UCI que concordou igualmente com a sua pertinência e com a necessidade de ser iniciado um trabalho junto da equipa de enfermagem sobre a mesma. O passo seguinte passou por auscultar a perspetiva da equipa de enfermagem acerca da mesma, para tal foi utilizado como instrumento de recolha de dados um questionário elaborado por nós (apêndice IV).

A este questionário obtivemos uma taxa de resposta de 61% (n=49). Como caracterização da equipa de enfermagem sabemos que a média de tempo de experiência profissional em UCI é de 15 anos. Dos enfermeiros inquiridos 33% (n=16) têm mais de 21 anos de experiência profissional em UCI, 25% (n=12) possuem entre 11 e 15 anos de experiência, enquanto apenas 21% (n=10) trabalham em UCI há menos de 5 anos (Gráfico 3). Como realçam Benner (2001), e Bennett, Grimsley, Grimsley e Rodd (2017) no seu estudo onde aplicam o modelo da autora, a experiência profissional é essencial uma vez que para atingir os estadios de proficiente e perito o enfermeiro precisa de aprender pela experiência a reconhecer situações na sua globalidade, identificar *nuances* que passam despercebidas ao enfermeiro iniciado ou competente e a desenvolver a intuição que caracteriza o enfermeiro perito.

Gráfico 3 - Tempo de experiência profissional em UCI da equipa de enfermagem, em anos

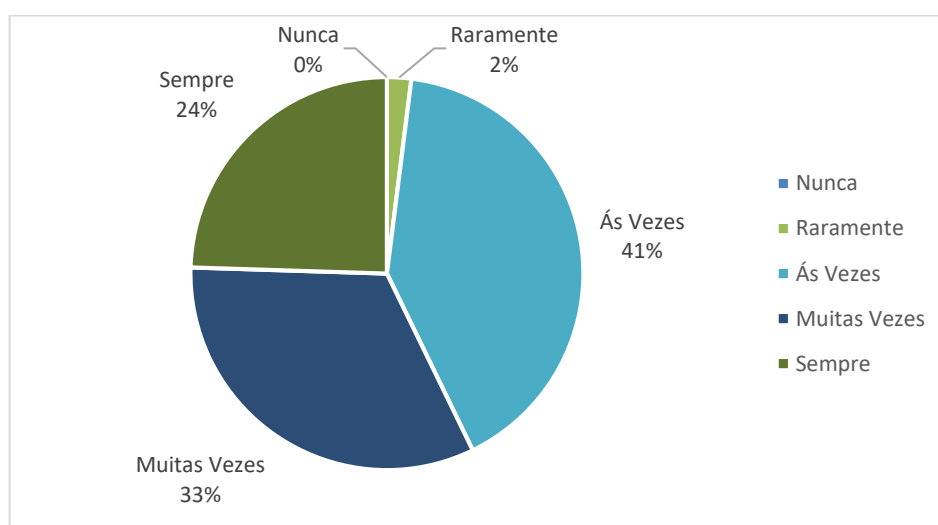


Fonte: O próprio

A comunicação com a pessoa com EOT é vivenciada num ambiente complexo, uma vez que a prestação de cuidados de enfermagem em UCI continua a exigir o foco na manutenção das funções vitais e gestão de protocolos terapêuticos complexos. Trata-se de um novo desafio exigente acrescentado a um contexto já de si também exigente, assim a experiência profissional é um fator facilitador para a eficácia da comunicação entre o enfermeiro e a pessoa com EOT (Egerod *et al.*, 2015; Karlsen *et al.*, 2018). Como caracterizado nesta amostra, a equipa de enfermagem da UCI é composta na sua maioria por enfermeiros proficientes e peritos (Benner, 2001; Bennett *et al.*, 2017).

No que respeita à perspetiva dos enfermeiros da UCI sobre a comunicação com a pessoa com EOT, todos os inquiridos consideram que a EOT constitui uma barreira à comunicação. A maioria dos enfermeiros (57%; n=28) considera que este elemento é “sempre” ou “muitas vezes” uma barreira à comunicação, e 41% (n=20) considera-a uma barreira “às vezes” (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Respostas dos enfermeiros à questão "Considera que a entubação orotraqueal é uma barreira à comunicação com a pessoa?"



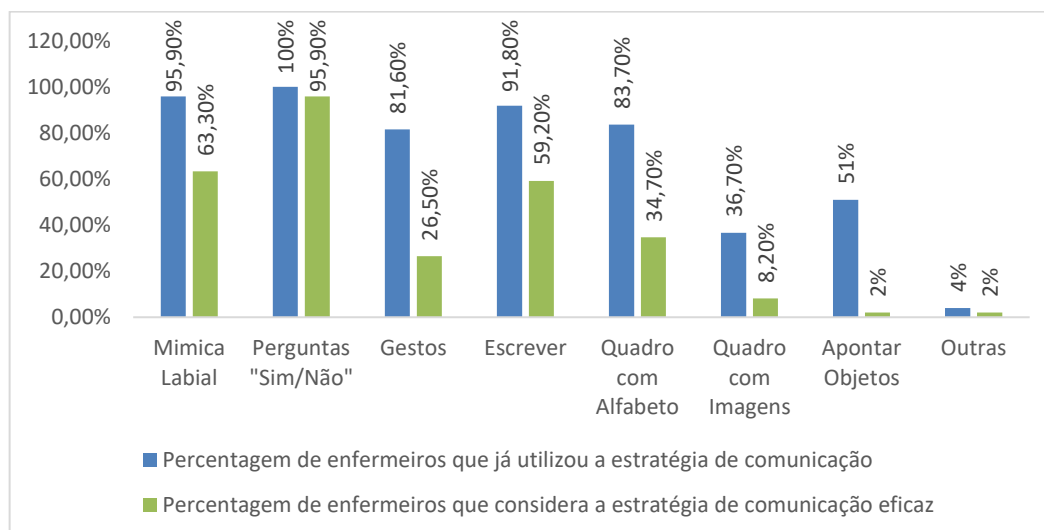
Fonte: O próprio

Como estratégias para estabelecer uma comunicação eficaz com a pessoa com EOT os enfermeiros afirmam já ter utilizado todas as estratégias de baixo nível tecnológico enumeradas, nomeadamente “mímica labial”, “perguntas com resposta ‘sim/não’”, “gestos”,

“escrever”, “quadro com alfabeto”, “quadro com imagens” e “apontar objetos”. Alguns enfermeiros referiram ainda ter utilizado outras estratégias, como recurso a computador ou o envolvimento da família na comunicação.

De entre todas as estratégias as mais utilizadas pelos enfermeiros são “perguntas com resposta ‘sim/não’” (100% dos enfermeiros refere já ter utilizado; n=49), “mímica labial” (95,9% dos enfermeiros refere já ter utilizado; n=47), “escrever” (91,8% dos enfermeiros refere já ter utilizado; n=45), “quadro com alfabeto” (83,7% dos enfermeiros refere já ter utilizado; n=41) e “gestos” (81,6% dos enfermeiros refere já ter utilizado; n=40). Quando questionados da sua perceção acerca da eficácia destas estratégias, os enfermeiros percecionam como mais eficazes as estratégias que mais utilizam, nomeadamente “perguntas com resposta ‘sim/não’” (95,9% dos enfermeiros; n=47), “mímica labial” (63,3% dos enfermeiros; n=31) e “escrever” (59,2% dos enfermeiros; n=29). No entanto, ao compararmos a utilização das estratégias de comunicação com a perceção da sua eficácia, concluímos que para os enfermeiros esta relação não é diretamente proporcional, como visualizamos no gráfico 5. Apesar de 81,6% (n=40) dos enfermeiros afirmarem que utilizam “gestos” na comunicação, apenas 26,5% (n=13) consideram esta estratégia eficaz, situação semelhante acontece com a utilização do “quadro com alfabeto” em que 83,7% (n=41) referem já ter utilizado a estratégia, mas apenas 34,7% (n=17) a consideram eficaz.

Gráfico 5 - Relação entre a utilização das estratégias de comunicação e a perceção da sua eficácia pelos enfermeiros da UCI

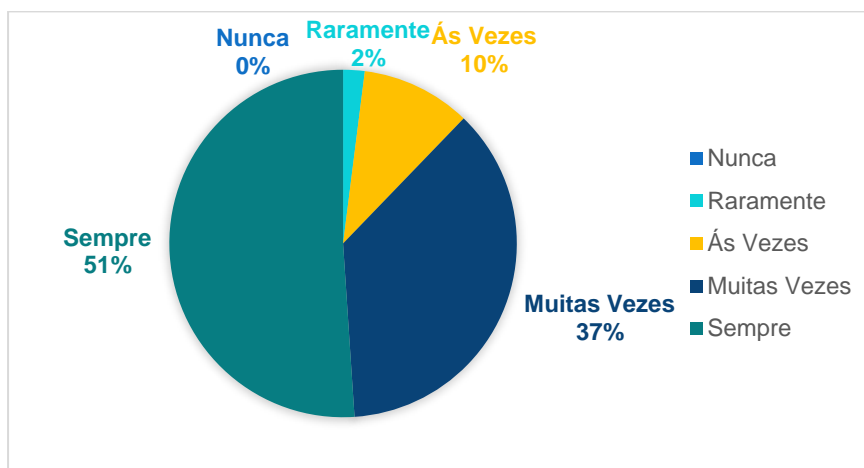


Fonte: O próprio

Os enfermeiros quando questionados se ao utilizar estratégias de comunicação com a pessoa com EOT conseguem perceber toda a mensagem transmitida pela pessoa, a maior parte refere que consegue “muitas vezes” (53,1%; n=26) e os restantes referem que conseguem “às vezes” (46,9%; n=23). Estes dados podem ser reflexo do estadio de desenvolvimento profissional de grande parte da equipa de enfermagem. Bem como, são também reflexo da resiliência e sentido de humanidade dos enfermeiros, que apesar das dificuldades sentidas dificilmente desistem de compreender a mensagem que a pessoa pretende transmitir.

Acerca da perceção da importância da comunicação com a pessoa com EOT no desenvolvimento do plano de cuidados de enfermagem, a equipa considera na sua maior parte que é “sempre” imprescindível (51%; n=25), 36,7% (n=18) dos enfermeiros considera que é “muitas vezes” importante e 10,2% (n=5) apenas considera importante “às vezes”. No entanto, 2% (n=1) dos enfermeiros não atribui importância à comunicação com a pessoa no plano de cuidados de enfermagem, respondendo “raramente” quando questionados (Gráfico 6).

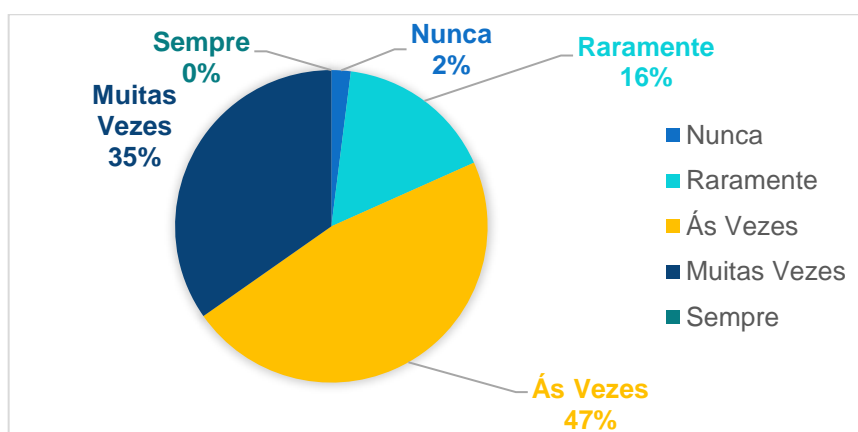
Gráfico 6 – Respostas dos enfermeiros à questão “Considera que a comunicação eficaz com a pessoa entubada orotraquealmente é imprescindível para o desenvolvimento do plano de cuidados de enfermagem?”



Fonte: O próprio

No que respeita ao tempo necessário para comunicar com a pessoa com EOT grande parte da equipa de enfermagem (81,6%; n=40) considera que “às vezes” ou “muitas vezes” tem tempo para lhe dedicar na sua prestação de cuidados. No entanto, 2% (n=1) dos enfermeiros refere que nunca tem o tempo necessário para comunicar com a pessoa com EOT (Gráfico 7).

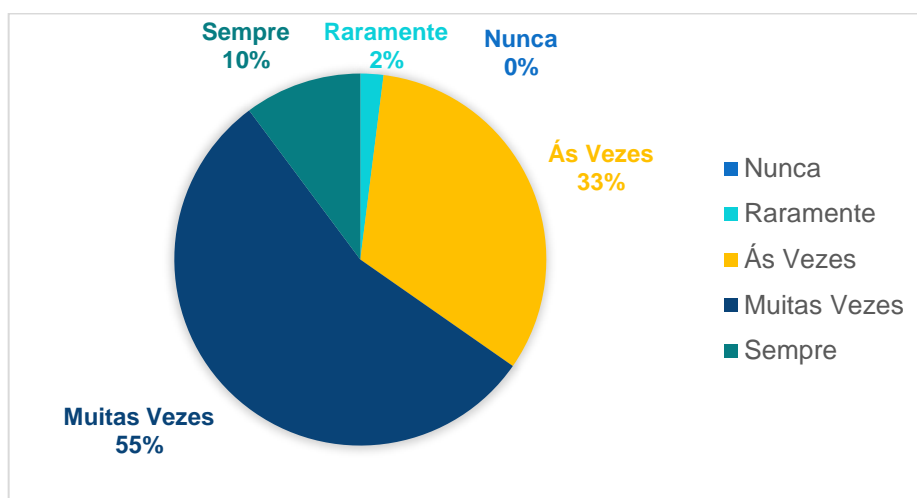
Gráfico 7 – Respostas dos enfermeiros à questão “Considera que tem o tempo necessário para comunicar de forma eficaz com a pessoa entubada orotraquealmente?”



Fonte: O próprio

Quando questionados sobre o envolvimento da família na comunicação com a pessoa com EOT todos os enfermeiros referem já o ter feito. No que concerne à frequência deste envolvimento, a maior parte (55%; n=27) refere fazê-lo “muitas vezes”, 33% (n=16) afirmam que o fazem “às vezes”, enquanto 10% (n=5) declaram que é uma prática instituída na sua prestação de cuidados “sempre”. Ainda assim 2% (n=1) dos enfermeiros afirma raramente promover o envolvimento da família na comunicação com a pessoa com EOT (Gráfico 8).

Gráfico 8 - Respostas dos enfermeiros à questão "Com que frequência envolve a família na comunicação com a pessoa entubada orotraquealmente?"



Fonte: O próprio

Como instrumento de diagnóstico, foi também utilizada uma análise SWOT (acrónimo para *Strengths*, *Weakness*, *Threats* e *Opportunities*) que, de acordo com Ruivo *et al.* (2010), é um método que permite confrontar os aspetos positivos e negativos, internos e externos (Tabela 1).

Tabela 1 – Análise SWOT

Pontos Fortes (<i>Strengths</i>)	Pontos Fracos (<i>Weakness</i>)
<ul style="list-style-type: none"> - Equipa de enfermagem motivada na aquisição de novos conhecimentos; - Aprovação e incentivo da Enfermeira Chefe; - Incentivo à formação em serviço, com promoção do desenvolvimento pessoal e profissional; - Ganhos em saúde associados à qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sobrecarga de trabalho, que pode levar a dificuldades em gestão de tempo e desmotivação da equipa de enfermagem; - Défice de recursos físicos de apoio à comunicação.
Oportunidades (<i>Opportunities</i>)	Ameaças (<i>Threats</i>)
<ul style="list-style-type: none"> - Temática pouco desenvolvida no serviço; - Instituição com programa de melhoria contínua; - Objetivo do Plano Estratégico da unidade hospitalar centrado na melhoria da qualidade dos cuidados; - Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. 	<ul style="list-style-type: none"> - Equipa de enfermagem com falta de elementos; - Condições políticas que podem continuar a comprometer o orçamento e recursos humanos disponíveis.

Fonte: O próprio

Encontramos assim de forma sucinta nesta tabela os elementos que identificamos como forças, fraquezas, oportunidades e ameaças ao desenvolvimento da intervenção profissional *major*.

Tendo em consideração os dados explanados ao longo da identificação da temática, análise e interpretação das respostas dos enfermeiros aos questionários e da análise SWOT, identificamos como oportunidades de melhoria a pouca uniformização de estratégias utilizadas na comunicação com a pessoa com EOT na UCI e a falta de formação dos enfermeiros na temática.

2.2.2 Definição de objetivos

Os objetivos devem apontar os resultados que se pretende atingir com a intervenção, podendo incluir vários níveis do geral ao mais específico, sendo uma forma de delimitar o problema que o projeto se propõe a resolver (Ruivo *et al.*, 2010).

Assim, olhando para o diagnóstico de situação realizado definimos o seguinte objetivo geral:

- Melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa com EOT internada na UCI.

Por forma a concretizar o objetivo geral foram definidos cinco objetivos específicos:

- Realizar uma revisão integrativa da literatura, tendo por base a mais recente evidência científica, sobre a eficácia de estratégias de comunicação entre os enfermeiros e a pessoa com EOT;
- Divulgar e discutir os dados recolhidos junto da equipa de enfermagem, com a mesma;
- Divulgar junto da equipa de enfermagem o conhecimento científico atual sobre a comunicação eficaz entre o enfermeiro e a pessoa com EOT;

- Promover a discussão sobre as estratégias de comunicação com a pessoa com EOT utilizadas na UCI, com a equipa de enfermagem;
- Elaborar propostas de melhoria contínua na comunicação dos enfermeiros com a pessoa com EOT, a implementar na UCI.

2.2.3 Planeamento e Execução

O planeamento é a fase em que é delineado um plano detalhado do projeto onde deve ser tido em conta as estratégias a utilizar, a calendarização das atividades, identificação de recursos necessários e possíveis limitações (Ruivo *et al.*, 2010).

Deste modo, foi realizado um cronograma que espelha cronologicamente as atividades a desenvolver (Apêndice V), com vista à concretização dos objetivos. Este cronograma reflete as estratégias planeadas para atingir cada objetivo específico, dando assim resposta ao objetivo geral.

Após o planeamento decorre a fase de execução, em que é materializada a realização das atividades previamente idealizadas. O que até esta fase era uma construção mental, passa para a implementação na situação real (Ruivo *et al.*, 2010). A fase de execução, encontra-se intimamente relacionada com o planeamento na metodologia de projeto, pelo que nos fez sentido descrever ambas neste subcapítulo.

Para que a concretização das intervenções planeadas seja suportada pela evidência científica atual, foi fundamental a constante pesquisa bibliográfica. Nesse sentido foi também identificado o primeiro objetivo específico:

- Realizar uma revisão integrativa da literatura, tendo por base a mais recente evidência científica, sobre a eficácia de estratégias de comunicação entre os enfermeiros e a pessoa com EOT.

Consideramos essencial que o primeiro passo para a realização de um projeto sustentado seja o conhecimento do estado da arte. Assim, como referimos anteriormente, foi realizada

uma revisão integrativa da literatura sobre a temática (Apêndice III). Para além desta revisão foi também constante a pesquisa livre sobre a temática em bases de dados científicas (EBSCOhost e B-On), bem como a pesquisa de autores que são referências na comunicação em enfermagem como Margot Phaneuf ou Julia Riley.

No sentido de dar resposta aos objetivos específicos:

- Divulgar e discutir os dados recolhidos junto da equipa de enfermagem, com a mesma;
- Divulgar junto da equipa de enfermagem o conhecimento científico atual sobre a comunicação eficaz entre o enfermeiro e a pessoa com EOT;
- Promover a discussão sobre as estratégias de comunicação com a pessoa com EOT utilizadas na UCI, com a equipa de enfermagem;

E considerando a importância atribuída por vários estudos (Dithole *et al.*, 2016, Dithole *et al.*, 2017; Happ, *et al.*, 2014 e Holm & Dreyer, 2017) à formação dos enfermeiros para a eficácia da comunicação com a pessoa com EOT, foi realizada uma sessão de formação de acordo com o plano de sessão que consta no apêndice VI. A sessão de formação foi previamente divulgada, com recurso a um cartaz afixado na sala de enfermagem. Esta decorreu com recurso a computador, videoprojetor e apresentação de diapositivos (Apêndice VII) para a dinamização dos métodos expositivo e ativo, e contou com a presença de onze enfermeiros, incluindo a enfermeira chefe da UCI (Apêndice VIII).

A formação pretende promover o processo evolutivo tanto a nível pessoal como profissional. É assumido pelos enfermeiros que o desenvolvimento pessoal e profissional é essencial para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. A atualização e o grau de formação dos profissionais no desempenho das suas funções são primordiais para a melhoria da qualidade dos serviços (Ortega, Cecagno & Llor, 2015). Tal como contemplado na carreira de Enfermagem, segundo o Decreto-Lei n.º 248/2009, artigo 20º, de 22 de Setembro, “a formação dos trabalhadores integrados na carreira de enfermagem assume

carácter de continuidade e prossegue objetivos de atualização técnica e científica, ou de desenvolvimento de projetos de investigação”.

A formação em serviço pretende contextualizar o conhecimento teórico na resolução de problemas reais da prática dos cuidados de enfermagem. Devem para isso existir ambientes de aprendizagem em equipa, que promovam a autonomia e reflexão crítica, tendo em conta uma comunicação eficaz entre todos os intervenientes. O contexto profissional tem também influência na aquisição de conhecimentos e competências, como na mudança de práticas profissionais, pelo que o planeamento da formação não pode surgir sem ter em conta esse contexto (Netto, Silva & Rua, 2018). A formação é também uma ferramenta que capacita as pessoas que vivenciam transições, sendo fundamental para a preparação e conhecimento que são condições facilitadoras da transição (Meleis *et al.*, 2000; Meleis, 2010; Santos *et al.*, 2019).

Assim, e tendo também em consideração a motivação da equipa já auscultada em conversas informais, consideramos importante que a sessão de formação fosse um momento de partilha de conhecimento e reflexão sobre a prática clínica. O plano de sessão foi também validado com o enfermeiro responsável pela formação em serviço, bem como algumas das estratégias utilizadas foram aconselhadas por este, com base na sua experiência e conhecimento da equipa de enfermagem da UCI. Esta sessão de formação foi também incluída no plano anual de formação em serviço da UCI.

A sessão de formação iniciou-se pela partilha de excertos de relatos da dificuldade em comunicar sentida por pessoas internadas em UCI com EOT, publicados em diversos estudos. De seguida, foram partilhadas as respostas das pessoas internadas nesta UCI, quando questionadas na consulta de *Follow Up*, acerca da dificuldade em comunicar. Com estes dados deu-se início à reflexão de como a EOT é uma barreira à comunicação na perspetiva da pessoa internada numa UCI. Posteriormente foram divulgados os resultados dos questionários respondidos pelos enfermeiros (Apêndice IV), e por último, excertos de vários estudos, reflexo do estado da arte sobre a eficácia de estratégias de comunicação com a pessoa com EOT.

Após a divulgação dos dados referidos, foram disponibilizados e analisados pelos enfermeiros os recursos já existentes na UCI, para comunicar com a pessoa com EOT. No final foi promovido um momento de discussão, com intervenção ativa da equipa de enfermagem. Neste momento os enfermeiros partilharam a sua experiência e dificuldades sentidas na prática de cuidados e discutiram os conteúdos abordados, resultando em propostas de melhoria da prática de cuidados e otimização dos recursos já utilizados.

A concretização do objetivo:

- Elaborar propostas de melhoria contínua na comunicação dos enfermeiros com a pessoa com EOT, a implementar na UCI;

Surge na sequência do conhecimento do estado da arte em confrontação com as práticas já implementadas na UCI.

Na UCI existiam já dois quadros brancos, que permitem à pessoa escrever e quatro quadros de comunicação, dois deles apenas com imagens, um apenas com o alfabeto e um com imagens, letras soltas, pequenas frases e a «Escala de Faces» para avaliação da dor. Estes quadros, entre si, são todos diferentes em configuração e em tamanho. Neste sentido, uma das propostas de melhoria passou pela otimização e uniformização dos recursos já existentes na UCI. Por forma a garantir a disponibilidade dos recursos a toda a equipa multidisciplinar e a todas as pessoas internadas (Grossbach, Stranberg & Chlan, 2011; Dithole *et al.*, 2017), foi proposta a construção de um «Kit de Comunicação», que seja possível replicar e distribuir um por cada sala de internamento da UCI.

Em relação à composição deste «Kit de Comunicação» fizemos também algumas propostas de elementos que consideramos importantes que sejam incluídos no mesmo. As nossas propostas tiveram em consideração que as estratégias de baixo nível tecnológico apresentam um período de adaptação inferior, com necessidade de menos formação para atingir o seu uso correto, menos dificuldades técnicas e são opções economicamente mais viáveis. E no entanto, continuam a apresentar taxas de eficácia elevada no processo de comunicação com a pessoa com EOT (Carruthers *et al.*, 2017; Dithole *et al.*, 2016).

Assim, apesar dos enfermeiros da UCI não considerarem os quadros de comunicação as estratégias mais eficazes no processo de comunicação com a pessoa com EOT (apenas 34,7% dos enfermeiros consideram o quadro com alfabeto eficaz e 8,2% dos enfermeiros consideram o quadro com imagens eficaz), a evidência científica (Hosseini *et al.*, 2018; Otuzoglu & Karahan, 2014) realça que o seu uso aumenta significativamente o ritmo e a eficácia da comunicação com a pessoa com EOT. Julgamos, também por auscultação não estruturada dos enfermeiros, que esta opinião esteja relacionada com a baixa disponibilidade dos recursos na UCI, uma vez que os enfermeiros referem ser comum querer utilizar e não estar disponível (por exemplo apenas 36,7% dos enfermeiros referem já ter utilizado um quadro com imagens). Assim consideramos importante que neste «Kit de Comunicação» sejam incluídos um quadro de imagens e um quadro com todas as letras do alfabeto, uniformizados na UCI.

Sugerimos ainda que seja incluído um quadro branco com uma caneta adequada, que permita a escrita pela pessoa internada, uma vez que a evidência científica faz também referência à sua eficácia na comunicação. Também os enfermeiros da UCI referem a frequente utilização da estratégia de escrita (91,8% dos enfermeiros referem utilizar esta estratégia) e consideram-na relativamente eficaz (59,2% dos enfermeiros consideram esta estratégia eficaz). No entanto, através de auscultação informal dos enfermeiros e por experiências vividas por nós durante o estágio, deparamo-nos com dificuldades de utilização dos quadros brancos, por baixa disponibilidade. Os enfermeiros procuram resolver a situação com recurso a folhas de papel e canetas, mas as pessoas internadas apresentam frequentemente défices motores, com dificuldade de preensão e motricidade fina, devido às perdas significativas de massa muscular características da inatividade física, e frequentemente associadas aos períodos de sedação. Assim, as pessoas deparam-se com dificuldades acrescidas em escrever com uma caneta mais fina e numa superfície que não apresenta a mesma dureza e estabilidade.

Por último, e por sugestão da equipa de enfermagem da UCI proveniente da discussão promovida na sessão de formação, propõe-se a inclusão no «Kit de Comunicação» de uma escala de avaliação da dor e uma escala de classificação de dispneia, validadas para a população alvo.

Outras propostas de melhoria apresentadas passaram pela uniformização do registo das estratégias de comunicação utilizadas com cada pessoa internada, nos registos de enfermagem. Estes registos na UCI são realizados em notas de enfermagem de escrita livre, não sendo utilizada a identificação de diagnósticos de enfermagem em nenhum sistema informático, pelo que é necessária a sensibilização dos enfermeiros para a importância de incluir esta informação nas suas notas de enfermagem. Nesta informação devem ser incluídas as estratégias utilizadas e o seu nível de eficácia na comunicação com cada pessoa, facilitando assim a adaptação à individualidade (Dithole *et al.*, 2016; Holm & Dreyer, 2017). Foi também proposta a inclusão desta temática no plano anual de formação da UCI, com o objetivo de abranger a totalidade da equipa de enfermagem. Por último, e no sentido de dar continuidade ao projeto a longo prazo, foi proposta a criação de um grupo de trabalho acerca da temática.

Todas estas propostas de melhoria foram partilhadas e discutidas com a enfermeira chefe da UCI e com a equipa de enfermagem no final da sessão de formação. Todos reconheceram a sua importância e potencial de melhoria na qualidade dos cuidados de enfermagem com a implementação da totalidade das propostas. Mostraram também grande receptividade para participar e promover a sua implementação. Inclusivamente, no decorrer da discussão e após confrontarem as suas práticas com a exposição do estado da arte, os enfermeiros da UCI sugeriram algumas das propostas que explanamos acima e tínhamos já planeado propor.

Enfermeiros mais capacitados para comunicar com as pessoas com EOT, estão também mais capacitados para promover transições saudáveis na pessoa internada. Através de uma comunicação eficaz o enfermeiro consegue avaliar e intervir ao longo das propriedades, condições e/ou indicadores de processo de uma transição. No entanto, também os enfermeiros vivem um processo de transição organizacional quando se envolvem na implementação das medidas de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem. Estas medidas, mesmo sendo benéficas, não deixam de se traduzir mudanças nas práticas diárias dos enfermeiros e este processo também requer estratégias adaptativas por parte dos mesmos (Meleis *et al.*, 2000; Meleis, 2010).

2.2.4 Avaliação e Resultados

A avaliação na metodologia de projeto deve ser contínua e eventualmente permitir reajustar os objetivos ou a execução. Ainda assim, no final do projeto a avaliação tem um papel preponderante e deve ser globalizante. Para conduzir a avaliação é nos permitido utilizar vários instrumentos, que podem ir desde observação a entrevistas ou questionários, de acordo com a informação que pretendemos recolher (Ruivo *et al.*, 2010).

No presente projeto foram utilizados ou sugeridos alguns instrumentos em vários momentos. No final da sessão de formação foi aplicado o documento de avaliação da formação em serviço da UCI, uma vez que se tratou de uma formação incluída no plano de formação da UCI. Neste instrumento são colocadas três questões: “Qual a importância que atribui ao tema desta formação?”, avaliada entre “Nada Importante”, “Pouco Importante”, “Indiferente”, “Importante” e “Muito Importante”; “Considera que os conteúdos abordados nesta ação de formação foram os mais adequados para o seu desempenho profissional?” avaliada entre “Nada Adequados”, “Pouco Adequados”, “Indiferente”, “Adequados” e “Muito Adequados”; e “Sugestões” (Anexo I). Através deste instrumento todos enfermeiros presentes (100%) avaliaram o tema da formação como “Muito Importante”. No que concerne à adequação dos conteúdos 63,6% (n=7) dos enfermeiros consideraram os conteúdos “Muito Adequados” e 36,4% (n=4) consideraram “Adequados”. Alguns enfermeiros deixaram ainda como sugestões a continuidade de formação sobre esta temática e numa futura formação a utilização de “imagens, vídeos ou exemplos da utilização de instrumentos de forma eficaz para motivar a mudança de práticas”.

A implementação das propostas de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem não foi possível de concretizar durante o período de estágio, pelo que a sua avaliação também não foi possível de realizar. No entanto, no que concerne à implementação das propostas apresentadas foi criado um grupo de trabalho que dará continuidade ao trabalho desenvolvido neste projeto e se propõe a implementar as restantes propostas de melhoria.

Em relação à avaliação das estratégias propostas, não sendo possível concretizar durante o tempo de estágio, propomos que seja realizada seis meses após a implementação das mesmas. Deixamos como sugestão a aplicação de um novo questionário por forma a

avaliar a percepção dos enfermeiros sobre a eficácia da comunicação com a pessoa com EOT (Apêndice IX). Desta forma pretendemos avaliar de que forma a implementação das propostas de melhoria contínua alteraram as práticas de enfermagem e consequentemente a eficácia da comunicação com a pessoa com EOT, na perspetiva dos enfermeiros. Para avaliar as alterações na percepção da pessoa internada com EOT sugerimos que seja feita a avaliação das respostas ao instrumento aplicado na consulta de *Follow Up*, um ano após a aplicação das propostas, uma vez que a consulta apenas é realizada cerca de seis meses após a alta.

Apesar de não ser viável concretizar a avaliação durante o tempo de estágio, foi possível realizar observação não estruturada das práticas de enfermagem após a sessão de formação. Nestes momentos observamos o uso mais frequente de estratégias de comunicação, bem como uma maior motivação para a concretizar com total eficácia. Exemplo disto foram testemunhados vários momentos em que o enfermeiro não desistiu da comunicação, recorrendo a várias estratégias, para compreender a totalidade da mensagem emitida pela pessoa. Após a sessão de formação foram também mais frequentes os momentos em que os enfermeiros nos questionaram e solicitaram apoio sobre o uso correto de algumas estratégias de comunicação.

Mesmo não sendo possível implementar os instrumentos de avaliação, consideramos positiva a motivação e envolvimento da equipa de enfermagem sobre a temática e para a implementação das propostas que darão continuidade a esta intervenção profissional *major*.

2.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta intervenção profissional *major* foi desenvolvida após parecer positivo da enfermeira chefe da UCI (Anexo II) e da direção de enfermagem do CHU (Anexo III). Também aos enfermeiros foi solicitado o seu consentimento informado e esclarecido no momento em que foi aplicado o questionário de diagnóstico de situação (Apêndice X).

3. ANÁLISE REFLEXIVA DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A aquisição e desenvolvimento de competências é um processo de aprendizagem que se caracteriza pela mobilização de conhecimentos para a prática clínica, traduzindo-se em mudanças no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados. Neste capítulo refletimos sobre o processo de aquisição de competências comuns de EE, e como realça a Ordem dos Enfermeiros que o EE detém também “um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem” (2011a, p.8648), refletiremos ainda sobre as competências específicas de EEEMC-PSC. Também aqui será refletido o desenvolvimento das competências que caracterizam o grau de Mestre. Estas encontram-se descritas no Artigo 15º do Decreto-Lei n.º 63/2016, que regula os regimes jurídicos dos graus académicos no Ensino Superior. Destacamos, com maior ênfase, as competências de Mestre em Enfermagem, que se encontram expostas no pedido de acreditação do novo ciclo de estudos à Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (A3ES) (UE, 2015, p.24):

“O Mestre em enfermagem:

1. Demonstra competências clínicas na concepção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
2. Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
3. Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
4. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;

5. Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;
6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;
7. Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade”.

As competências de Mestre em Enfermagem vão ao encontro das competências de EE, pelo que serão abordadas em simultâneo ao longo deste capítulo.

O processo de aquisição de competências que aqui espelhamos aborda intervenções desenvolvidas ao longo de todos os contextos de estágios, e simultaneamente participações em eventos pertinentes. Ao longo deste capítulo pretendemos explicar, com uma atitude reflexiva sobre as práticas realizadas, a forma como estas atividades contribuíram para manter uma prática baseada na evidência. No início de cada estágio foram elaborados projetos de estágio (Apêndice I e Apêndice II), que pretenderam ser norteadores da nossa prática clínica ao longo de todo o percurso.

3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE EM ENFERMAGEM

Em qualquer uma das áreas de especialidade em enfermagem existem competências que são comuns à atuação de todos os enfermeiros e aplicáveis a todos os contextos de prestação de cuidados de enfermagem. Estas competências estão organizadas em quatro domínios, nomeadamente da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados e das aprendizagens profissionais.

“A - Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;

A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.” (OE, 2011a, p.8649-8650).

- Competência de Mestre em Enfermagem

“3. Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais” (UE, 2015, p.24).

A profissão de enfermagem, enquanto profissão autorregulada, rege-se pelas bases legais descritas no REPE (MS, 1996) e também na Deontologia Profissional, publicada nos Estatutos da Ordem dos Enfermeiros (artigos 95.º ao 113.º) (AR, 2015). Princípios que têm regido a nossa prática clínica desde o início do nosso exercício profissional, mantendo o foco dos nossos cuidados nas necessidades específicas da pessoa em constante interação com o ambiente envolvente onde se insere, nomeadamente a família, as comunidades e as condições físicas, naturais e artificiais (Meleis, 2010).

Apesar de já conhecermos os referidos documentos, no início deste percurso fizemos uma nova revisão. Desta forma os contextos de estágios puderam ser palco de constante aperfeiçoamento, nomeadamente em situações da prática de enfermagem especializada com a pessoa em situação crítica. Para isto, não podemos deixar de realçar o contributo dos conhecimentos adquiridos e das atividades realizadas no âmbito da unidade curricular de “Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem”. Também a nossa participação nas “I Jornadas de Enfermagem – Sustentabilidade e Inovação em Enfermagem” (Anexos IV e V) nos permitiu refletir sobre “Questões éticas no doente crítico em fim de vida”, através da palestra do Professor Doutor Sérgio Deodato, onde este abordou temas como a eutanásia e a intervenção dos enfermeiros no fim de vida da pessoa em situação crítica.

Os contextos clínicos de cuidado à pessoa em situação crítica são habitualmente de grande complexidade, por vezes com o foco centrado na manutenção e/ou substituição de funções vitais, frequentemente num cenário com vários equipamentos e alarmes sonoros. Estas circunstâncias põem em causa a autonomia da pessoa, aliada ao sentimento de fragilidade motivado pela condição de saúde vulnerável. Este conjunto de situações pode desenvolver na pessoa o sentimento de que o seu corpo é tratado como um se de objeto se tratasse e desprovido de identidade, contribuindo ainda mais para isso, na maioria das vezes, a necessidade de substituir a totalidade do seu vestuário por roupa hospitalar. Em todos estes momentos a nossa intervenção foi pautada pelo diálogo com a pessoa, procurando auscultar os seus sentimentos e receios, e dar resposta às suas decisões e vontades, sempre que possível. Procurando assegurar o uso da comunicação como arma terapêutica, transmitindo

segurança e a promoção de um ambiente de cuidados seguro e que permita a vivência de uma transição saúde/doença saudável. Situações em que o diálogo nos foi impossibilitado tivemos sempre em consideração a privacidade da pessoa, promovendo o constante respeito pela dignidade humana.

No contexto da sala de emergência, do SUMC, deparamo-nos com algumas situações em que a pessoa é admitida inconsciente, não sendo possível estabelecer um diálogo que nos permita apurar as suas vontades e decisões. Em alguns destes cenários, juntamente com a enfermeira supervisora e em diálogo com a equipa multidisciplinar, promovemos a consulta do portal RENTEV – Registo Nacional de Testamento Vital, no sentido de apurar a existência de alguma Diretiva Antecipada de Vontade ou Testamento Vital, garantindo o respeito pelo livre arbítrio da pessoa. Nesta intervenção procuramos manter o cumprimento do princípio da autonomia.

Em qualquer um dos contextos, após situações complexas de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica realizamos uma conversa com o/a enfermeiro/a supervisor/a acerca das tomadas de decisão éticas, refletindo sobre os princípios aplicados e de que forma poderiam ser melhoradas no futuro as nossas decisões. Alguns acontecimentos foram alvo dessa reflexão também com a equipa multidisciplinar, nomeadamente momentos de discordância sobre as decisões tomadas. Realçamos momentos em que foram discutidas opções de estabelecimento de limites de cuidados, uma vez que em cenários altamente diferenciados do ponto de vista de recursos para manutenção das funções vitais, por vezes é difícil para os profissionais definir a linha que separa a obstinação terapêutica de uma abordagem curativa. As reflexões éticas sobre esta problemática trouxeram à discussão a dicotomia entre os princípios da beneficência e da não-maleficência. Nestes momentos de discussão multidisciplinar, somos chamados a partilhar um ponto de vista fundamentado e conseqüentemente a assumir a nossa responsabilidade na decisão, pelo que foi essencial para nós o enquadramento da deontologia profissional.

No contexto de UCI salientamos ainda momentos em que prestamos cuidados a pessoas em processo de provas de morte cerebral, com vista a serem potenciais dadores de órgãos. Para além do transversal respeito pela dignidade humana, destacamos aqui a necessidade do uso de uma comunicação assertiva e empática com a família da pessoa, aquando da

comunicação de más notícias e suporte emocional. Nestes momentos tivemos também a consciência da importância da nossa postura e comunicação no desenvolvimento de uma transição e processo de luto saudáveis. Estas situações foram palco de importantes mobilizações de conhecimentos e aprendizagens.

Tal como refere Nunes (2015) o sentido de responsabilidade dos profissionais obriga a decisões em curtos espaços de tempo e à execução de cuidados de elevada complexidade, priorizam aspetos que tenham por objetivo a preservação da vida ou restabelecimento de funções vitais, aumentando esse sentido de responsabilidade em situações críticas e de emergência. Pensamos assim, que este seja um dos motivos pelo que procuramos constantemente uma reflexão ética profunda sobre cada situação, com o objetivo de estarmos cada vez mais preparados para a tomada de decisão ética em situação de emergência, que se exige rápida e devidamente alicerçada.

Na realização da intervenção profissional *major* foram também considerados os deveres éticos, através da obtenção dos pareceres positivos da enfermeira chefe da UCI (Anexo II) e da direção de enfermagem do CHU (Anexo III) para a sua implementação. Também aos enfermeiros foi pedido o seu consentimento informado e esclarecido (Apêndice X) aquando da colheita de dados.

Tendo em consideração o explanado, consideramos que as competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, bem como a competência de mestre referida anteriormente, foram adquiridas.

“B – Domínio da Melhoria da Qualidade

B1 – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;

B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;

B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.” (OE, 2011a, p.8650-8651)

- **Competência de Mestre em Enfermagem**

“5. Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais” (UE, 2015, p.24)

O Ministério da Saúde (2015a) refere, na “Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020”, que a qualidade e a segurança na saúde são uma obrigação ética, uma vez que são essenciais para a redução de riscos. Os padrões de qualidade na prestação de cuidados de enfermagem são descritos em diversos documentos que regulam o exercício da profissão (MS, 1996; OE, 2001; OE, 2011a; OE, 2011b; OE, 2012 OE, 2017). Pelo que a sua consulta foi essencial para alicerçar a nossa prática em todos os momentos.

No domínio da melhoria da qualidade, o nosso caminho começou pela pesquisa bibliográfica e mobilização de conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares de “Gestão em Saúde e Governação Clínica” e “Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde”, com o objetivo de aumentar o nosso conhecimento sobre a conceção de programas de melhoria contínua e consequente implementação.

Em todos os contextos de estágio, na fase inicial, procuramos conhecer a estrutura física, valências existentes, protocolos em uso, bem como projetos em desenvolvimento. Desta forma pretendemos potenciar a nossa integração nas práticas implementadas e garantir a qualidade e segurança do nosso trabalho.

Ao longo dos estágios, tivemos oportunidade de explorar as *intranet's* dos respetivos centros hospitalares, onde consultamos planos, procedimentos e protocolos. A nossa pesquisa iniciou-se pelos planos de qualidade de cada instituição e posteriormente incidiu sobre os documentos com aplicabilidade no SUMC e na UCI, respetivamente, e na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. O CHU que foi palco do Estágio Final tem uma “Comissão da Qualidade e Segurança do Doente” que pretende, através dos vários gabinetes e grupos, implementar diversas normas e protocolos que garantem cuidados seguros.

Os contextos de estágio SUMC e UCI, ambos se caracterizam pelo interesse contínuo na melhoria da qualidade. Nestes dois serviços existem grupos de trabalho sobre a temática do controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde, que trabalham em articulação com o Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA). Mas também sobre outras temáticas como prevenção de quedas, prevenção de úlcera por pressão, segurança cirúrgica, entre outras. Por forma a dar resposta aos objetivos dos planos das respetivas instituições hospitalares, e

consequentemente aos objetivos definidos no “Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020” (MS, 2015b). No contexto de UCI, existem ainda outros grupos de trabalho, pela especificidade de cuidados, alguns dos quais multidisciplinares, como o que trabalha as estratégias de controlo de glicemia na pessoa em situação crítica, gestão de dor e sedação, gestão térmica na pessoa após PCR e cuidados à pessoa com ECMO. Na UCI todos os grupos de trabalho são constituídos por pelo menos um elemento de cada equipa, desta forma é garantido um elemento dinamizador em todas as equipas para promover a implementação de boas práticas e esclarecimento de dúvidas pontuais.

A capacitação da pessoa e/ou família para a continuidade de cuidados no domicílio tem impacto na qualidade dos cuidados de saúde. Os enfermeiros são profissionais com grande responsabilidade no ensino da pessoa e/ou familiares e é importante que o façam de forma a garantir a qualidade. É também muito importante garantir que a pessoa compreendeu toda a informação que lhe transmitimos (Torres, 2017). Para tal, existem alguns instrumentos que podem facilitar essa tarefa, como os folhetos informativos com informação sobre os dispositivos, indicações práticas e contactos a utilizar no domicílio em caso de necessidade. Também num processo de transição, como referimos anteriormente, a preparação e conhecimento são elementos facilitadores, uma vez que aumentam a capacitação e empoderamento da pessoa e/ou família nas suas tomadas de decisão (Meleis *et al.*, 2000; Meleis, 2010; Santos *et al.*, 2019). No Estágio 1, realizado no SUMC deparamo-nos diversas vezes com esta situação, pelo que durante o estágio procuramos, para além de o realizar, sensibilizar a equipa de enfermagem para o fazer de forma consciente e consistente.

Grande parte das pessoas que vivenciam internamentos em UCI, devido aos longos tempos de hospitalização, terapêuticas invasivas e consequente imobilização, apresentam alterações funcionais (ex.: diminuição da força muscular), que limitam fortemente a qualidade de vida ainda durante o internamento e também após a alta (Azevedo, Gomes & Pereira, 2019). No sentido de avaliar estas limitações, na UCI está implementado o projeto da Consulta de *Follow Up*, que como já foi referido na intervenção profissional *major*, tivemos oportunidade de acompanhar. Este tem como objetivo a avaliação das experiências vividas pela pessoa durante o seu internamento na UCI, quer em nível I ou nível III, e da qualidade de vida desde a alta. Esta consulta decorre cerca de seis meses após a alta da UCI e nela estão presentes um médico e um enfermeiro com a pessoa. Depois de obtido o consentimento informado da

pessoa, são aplicados seis instrumentos de recolha de dados, nomeadamente “*Short Form 36*”, “*EQ 5D*”, “Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida após o Internamento na UUM”, “Instrumento de Avaliação das Experiências Vividas na UUM”, “*Post-Traumatic Stress Disorder Checklist*” e “*Hospital Anxiety and Depression Scale*”. Os dados recolhidos, posteriormente são divulgados à equipa multidisciplinar e são utilizados para identificar áreas de melhoria nos cuidados prestados na UCI. A possibilidade que é dada à pessoa neste momento de refletir sobre o seu percurso durante o internamento permite trabalhar nos diversos padrões de resposta da(s) transição(ões) vivida(s). No momento da consulta, tal como ainda apresentam morbilidades resultantes do internamento, também é possível que ainda se encontrem em período de transição, uma vez que cada transição segue uma trajetória cronológica própria. Nesta consulta, é permitido ao enfermeiro avaliar, com especial atenção os indicadores de processo e de resultado, e se necessário intervir, para promover o desenvolvimento saudável do processo de transição (Meleis *et al.*, 2000; Meleis, 2010; Barimani *et al.*, 2017; Santos *et al.*, 2019).

A atualização e a formação dos profissionais são essenciais para a melhoria da qualidade dos serviços (Ortega *et al.*, 2015). Assim, ao longo deste nosso percurso, e no sentido de garantir o desempenho de uma prática baseada na evidência, participamos em diversas sessões de formação e eventos científicos, que explanaremos mais pormenorizadamente adiante.

O acompanhamento dos enfermeiros supervisores nas funções de chefe de equipa de enfermagem foi fundamental para nos enquadrar em funções que atualmente não desempenhamos, e apoiar na aquisição de competências como gestão de equipas (equipa de enfermagem e equipa de assistentes operacionais) ou articulação com a equipa multidisciplinar. A eficácia desta gestão é essencial para garantir que são prestados cuidados seguros, sendo inclusive uma das “dimensões com maior potencial de melhoria a curto prazo” (MS, 2015b, p.3882-(3)), com vista ao cumprimento do objetivo do aumento da cultura e segurança do ambiente interno, do “Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020”.

O nosso interesse pela temática da comunicação em enfermagem esteve presente desde o início do nosso percurso, reconhecendo-a como vital para a qualidade e segurança dos

cuidados (MS, 2015b). Os momentos de transição de cuidados são vulneráveis para a segurança da pessoa, pelo aumento do risco de erro na transferência de informação, pelo que devem ser caracterizados por informação “oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor” (DGS, 2017a, p.4). Assim, no Estágio 1, realizado no SUMC, após o diagnóstico de necessidades feito através de observação não estruturada das práticas de cuidados e de auscultação informal da equipa de enfermagem, realizamos uma sessão de formação sob o tema “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”. Para esta sessão de formação realizamos um cartaz que foi afixado na sala de enfermagem, por forma a divulgar atempadamente a data, hora e local de realização (Apêndice XI). Como instrumentos de apoio realizamos previamente um plano de sessão (Apêndice XII) e uma apresentação de diapositivos (Apêndice XIII). Durante a sessão de formação foram promovidos momentos de discussão entre a equipa e no final foi proposto um documento de apoio para utilização nos momentos de transição de cuidados de saúde (Apêndice XIV). Este último documento consistiu numa melhoria de outro já utilizado, pela equipa de enfermagem do serviço, que tinha sido criado informalmente pelos mesmos. Apesar de ter sido criado ainda sem conhecimento da metodologia ISBAR (Identificação, Situação Atual, Antecedentes, Avaliação, Recomendações³), refletia já alguns destes aspetos. Esta sessão de formação concorreu para garantir a melhoria da qualidade dos cuidados, tendo como objetivos atualizar conhecimentos e promover a reflexão crítica da equipa sobre a sua prática de cuidados, com vista à mudança de comportamentos. Garantir a qualidade dos momentos de transição de cuidados de saúde é essencial para a segurança da pessoa cuidada, uma vez que aumenta a qualidade dos cuidados prestados, promove um ambiente seguro, diminui a ocorrência de eventos adversos e conseqüentemente a mortalidade (DGS, 2017a). A eficácia da comunicação na transição de cuidados de saúde é também essencial para que o enfermeiro recolha informações sobre as características das transições vivenciadas pela pessoa e/ou família (Meleis *et al.*, 2000; Meleis, 2010).

Como explanado no capítulo dois deste relatório, a intervenção profissional *major*, realizada no âmbito do Estágio Final, consistiu num projeto de melhoria da qualidade dos cuidados. Tendo como principais objetivos a melhoria dos cuidados prestados à pessoa com EOT internada na UCI e conseqüentemente garantir a segurança dos cuidados de

³ Tradução de “*Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation*”.

enfermagem, como preconizado na “Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 - 2020” (MS, 2015a).

Os momentos de reflexão crítica com os enfermeiros supervisores, enquanto EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica, repetiram-se ao longo de todo o percurso de ambos os estágios. Estes foram transversais a várias situações e mostraram-se momentos de reflexão mútua acerca da nossa prática clínica, muito ricos para a aquisição de competências de EEEMC-PSC. Fruto destes momentos de reflexão, alteramos comportamentos da nossa prática clínica, de forma imediata, no nosso contexto de trabalho e aumentamos consideravelmente os momentos de reflexão crítica sobre esta e sobre hábitos e práticas enraizadas neste contexto. Consequentemente, no nosso contexto de trabalho à data disponibilizando-nos de imediato para integrar um grupo de trabalho de acordo com as necessidades identificadas.

Consideramos assim que as competências do domínio da melhoria da qualidade e a competência de mestre citada foram adquiridas neste percurso.

“C – Domínio da gestão dos cuidados

C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa;

C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.” (OE, 2011a, p.8652).

- **Competência de Mestre em Enfermagem**

“1. Demonstra competências clínicas na concepção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada” (UE, 2015, p.24).

No que se refere à aquisição de competências no domínio da gestão dos cuidados, tanto no estágio realizado no SUMC como na UCI, ambos os enfermeiros supervisores desempenham funções de chefe de equipa. O acompanhamento de ambos no seu trabalho foi essencial para conhecer as dinâmicas dos serviços e contactar de perto com tomadas de decisão de gestão de recursos humanos e materiais, e de que forma estas são adequadas a cada contexto e necessidades. Nestes contextos, foi também possível abordar várias

estratégias de gestão de conflitos. Nesta área também a comunicação é essencial, uma vez que perante situações adversas e gestão de conflitos, uma comunicação aberta facilita a sua resolução, tendo os enfermeiros com funções de gestão uma forte influência nesta (Correia, Martins & Forte, 2020). O acompanhamento de vários enfermeiros em funções de chefia permitiu-nos também acompanhar vários tipos de liderança, realçando que com todos foi possível refletir sobre diferentes tomadas de posição, que variaram de acordo com as situações com que se depararam e de acordo com as necessidades, papéis e funções de cada membro da equipa, dentro da respetiva instituição. Tendo sido ambos exemplos do uso desta comunicação aberta e da sua eficácia.

Os enfermeiros chefes de equipa que acompanhamos promoveram de forma constante a sua presença junto da equipa de enfermagem, com quem mantiveram sempre uma postura de sensibilização e motivação para o trabalho em equipa e partilha de ideias, dificuldades e possíveis erros. Procurando uma cultura de segurança e constante evolução profissional. A supervisão, com o objetivo de acompanhamento da equipa de enfermagem, foi das práticas que mais acompanhamos no dia-a-dia do enfermeiro gestor. Desta forma o enfermeiro chefe de equipa consegue mais facilmente garantir a segurança e qualidade dos cuidados prestados (Correia *et al.*, 2020).

A transição de cuidados entre os enfermeiros chefes de equipa na UCI é realizada apenas com a presença dos mesmos, da enfermeira chefe do serviço e dos enfermeiros de apoio à gestão, quando estes se encontram no serviço. Nestes momentos é transmitida informação clínica relevante sobre todas as pessoas internadas na UCI, o plano previsto para cada uma (ex.: procedimentos invasivos planeados na UCI, exames complementares de diagnóstico agendados para o exterior, transferências previstas, etc.) para os próximos dias e informações logísticas de relevo para a gestão de recursos (ex.: equipamentos avariados). Estes momentos de transição de cuidados são caracterizados por transmissão de conteúdos pertinentes, que permitem a qualidade dos cuidados e a diminuição dos eventos adversos (DGS, 2017). Após a passagem de turno, o enfermeiro chefe de equipa desloca-se a todas as salas para uma breve avaliação das pessoas internadas e auscultação de necessidades dos enfermeiros na prestação de cuidados. Quando relevante promove uma breve reunião com o chefe de equipa médica para definir prioridades e concretizar o plano delineado.

Na UCI, ao longo dos turnos realizados foi-nos possível acompanhar diversos momentos de gestão de recursos materiais, mas também de gestão de camas e alocação de pessoas internadas, por alteração na necessidade de níveis de cuidado (de nível III para nível I ou vice-versa) ou por necessidade de implementação de medidas de controlo de infeção (ex.: colocação de uma pessoa em isolamento; isolamento por *coorte*). Cabe ao enfermeiro chefe de equipa avaliar e garantir todos os recursos necessários para a segurança no transporte intra-hospitalar e na unidade de destino. De acordo com Correia *et al.* (2020), os enfermeiros gestores referem que estas são algumas das estratégias a que recorrem para aumentar a segurança da pessoa internada e dos enfermeiros.

Uma das funções do enfermeiro chefe de equipa na gestão de recursos humanos, passa por assegurar a manutenção de dotações seguras. Como refere a Ordem dos Enfermeiros (2014, p.30247) “a dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde”, pelo que é essencial garanti-la em todos os momentos. Tanto no contexto do SUMC como da UCI, tivemos oportunidade de acompanhar e discutir com os enfermeiros supervisores tomadas de decisão que envolveram a equipa multidisciplinar, dos quais nomeamos dois exemplos. No SUMC num turno da tarde faltavam três elementos na equipa de assistentes operacionais. Como habitual, o SUMC encontrava-se com sobrelotação de pessoas admitidas, pelo que foi necessário negociar com a chefe de equipa médica o encerramento do Balcão de Atendimento Complementar, uma vez que esse setor tinha um número reduzido de pessoas admitidas nesse dia, e foi assim possível realocar noutro setor o assistente operacional que lá se encontrava. Na UCI destacamos como exemplo uma situação num turno da noite, em que dois enfermeiros e dois médicos se encontravam fora da unidade para a colocação de uma pessoa sob tratamento com ECMO no hospital de origem e conseqüente transporte para esta UCI. Entretanto a UCI recebe do Centro de Orientação de Doente Urgentes (CODU), do INEM, um pedido para admitir uma pessoa no programa eCPR. A tomada de decisão urge ser rápida, uma vez que cada minuto em PCR compromete a sobrevivência. A ativação do programa eCPR exige a presença dentro da sala de três a quatro enfermeiros e dois a três médicos (seis elementos na totalidade, sendo que uma das posições pode ser ocupada por um enfermeiro ou um médico). Numa situação em que a UCI se encontrava já com limitação de recursos humanos, foi necessário a discussão entre o chefe de equipa de enfermagem e a chefe de equipa médica, sobre a

viabilidade de aceitar ou não o referido pedido. Apesar da elevada exigência para a equipa multidisciplinar, tendo em consideração a estabilidade clínica de algumas das pessoas internadas no momento e que o valor da vida é inestimável, foi decidido admitir a pessoa no programa eCPR. Para tal, foi necessário fazer a realocação de recursos humanos na UCI por um período limitado de tempo. O acompanhamento e reflexão crítica com os enfermeiros supervisores destes momentos de tomada de decisão foram essenciais para o desenvolvimento de competências de gestão de recursos humanos e manutenção de dotações seguras.

Na UCI são utilizados como instrumentos de registo da carga de trabalho o *Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS-28)* e o *Nine Equivalents Of Nursing Manpower Use (NEMS)*, que assentam na gravidade da condição clínica da pessoa, e o *Nurse Activities Score (NAS)*, que se fundamenta no tempo despendido nas atividades de enfermagem. Todos estes instrumentos são alvo de registo diário, pela equipa de enfermagem, e são referentes às últimas 24 horas, desde que a pessoa tenha sido admitida há pelo menos seis horas. Os dados recolhidos, pelo conjunto das três escalas, são essenciais para a caracterização do volume de trabalho na UCI, bem como as necessidades de pessoal de enfermagem (Conceição, 2016).

No que concerne à delegação de tarefas, em todos os estágios tivemos várias oportunidades de ajuizar sobre a possível delegação, e nas situações em que as tarefas foram delegadas mantivemos a supervisão e avaliação dessas tarefas, respeitando o artigo 10.º do REPE (MS, 1996). Nos momentos de delegação de tarefas é imprescindível promover o trabalho entre a equipa multidisciplinar.

Nas atividades desenvolvidas por nós no SUMC tivemos oportunidade de desenvolver competências de gestão e liderança na realização da sessão de formação já citada. Inicialmente foi necessário promover a articulação com a coordenação do serviço e com os enfermeiros responsáveis pela formação em serviço, para encontrar as melhores estratégias e as datas adequadas. De seguida, foi necessário divulgar e promover a sessão de formação junto da equipa de enfermagem, e por fim liderar a sua concretização. De igual forma, assumimos a liderança no planeamento, execução e avaliação da intervenção profissional *major* já explanada.

No que concerne à consolidação e desenvolvimento de competências, não podemos descurar o processo de revisão bibliográfica realizado sobre esta temática, assim como a mobilização de conhecimentos da unidade curricular de “Gestão em Saúde e Governação Clínica”.

Tendo em consideração o exposto, julgamos ter sido adquiridas as competências do domínio da gestão de cuidados, bem como a competência de mestre referida.

“D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.” (OE, 2011a, p.8652-8653).

- **Competências de Mestre em Enfermagem**

“2. Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;

4. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;

6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular.” (UE, 2015, p.24).

O dever de atualização constante por parte do enfermeiro é explícito na deontologia profissional, como no artigo 100.º onde refere que o enfermeiro deve “assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional” ou no artigo 109.º que refere o dever de “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (AR, 2015, p.8079-8080). Como já referimos, a evolução pessoal e profissional, são também essenciais para a melhoria contínua dos cuidados (Ortega, *et al.*, 2015). Pelo que, estes deveres estiveram sempre presentes na nossa praxis, e a nossa caminhada de sete anos de prática profissional em enfermagem tem sido sempre pautada por formações profissionais em diversas áreas. O nosso interesse pelo cuidado à pessoa em situação crítica despertou desde cedo, o que nos

levou, com dois anos de experiência profissional, a estudar mais sobre a temática através da Pós-Graduação em Saúde do Adulto e Cuidado em Situação Crítica.

Ao EE é pedida a responsabilidade acrescida de ser também “dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados” (OE, 2019, p.4749). Ao longo do nosso percurso tivemos sempre presentes todos estes deveres, e rapidamente os aliamos à exigência dos contextos de estágio. Nestes surgiram diversas situações, que desde logo nos levaram a pesquisas bibliográficas em bases de dados científicas sobre novas temáticas. Esta pesquisa permitiu-nos uma prática baseada na evidência, levando a uma tomada de decisão fundamentada e integração desses conhecimentos na praxis clínica (Pedrosa, Oliveira, Feijão & Machado, 2015; Silva, Finamore, Silva & Barbosa, 2015). Nomeadamente no contexto de UCI, uma vez que no momento desempenhávamos funções num SUMC, e não tínhamos experiência prévia em UCI. Assim, e tendo em consideração o ambiente altamente tecnológico e complexo de uma UCI, e a diferenciação de cuidados deste contexto em particular, sentimos desde o início a necessidade de aumentar os nossos conhecimentos.

Nesta atualização de conhecimentos destacamos também a mobilização dos conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares de “Enfermagem Médico-Cirúrgica” e “Fisiopatologia e Intervenção Terapêutica em Enfermagem Especializada”, pelos conteúdos especializados que foram abordados. Bem como as competências de pesquisa da evidência científica atual desenvolvidas na unidade curricular de “Investigação em Enfermagem”, inclusivamente no âmbito desta última, desenvolvemos e contribuímos para a disseminação da investigação em enfermagem, sendo coautoras do artigo com o título “*Prevalence of Cardiovascular Risk Factors in the Elderly Population of Alentejo: Integrative Review*”, que se encontra publicado como capítulo do livro “*Handbook of Research on Health Systems and Organizations for an Aging Society*” (p. 185-195) (Marques, Vaz, Leite, Araújo, Condeço & Ribeiro de Deus, 2020). Elaborámos ainda a revisão integrativa da literatura, já citada no capítulo dois, sob o título “A comunicação eficaz entre os enfermeiros e a pessoa com entubação oro-traqueal: Revisão integrativa” (Apêndice III). Esta contribuiu também no sentido de basear a nossa praxis clínica em sólidos padrões do conhecimento, nomeadamente a nossa intervenção profissional *major* e pretendemos com a sua posterior publicação, continuar

a promover a disseminação da investigação e assim contribuir para a promoção da prática de enfermagem baseada na evidência.

O EE tem ainda a responsabilidade de promover e sensibilizar a prática baseada na evidência na equipa de enfermagem, favorecendo a sua aprendizagem (OE, 2019). Com esse objetivo utilizamos as sessões de formação, sob os temas “Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde” (Apêndice XIII) e “Comunicação com a Pessoa sob Entubação Orotraqueal” (Apêndice VII), como veículos de transmissão de conhecimentos científicos atuais e de promoção da reflexão crítica sobre a prática diária de enfermagem, no SUMC e na UCI respetivamente.

Por forma a manter a atualização do conhecimento também participamos em diversas atividades formativas com relevância científica, nomeadamente as “II Jornadas Defesa + Saúde – Medicina de Catástrofe” (Anexos VI e VII), organizadas pela Direção-geral de Recursos da Defesa Nacional do Ministério da Defesa Nacional; o congresso científico “Status 5 | Trauma, Emergência, Reanimação - O estado da arte!” (Anexos VIII e IX), organizado pelo Núcleo de Formação da VMER do Hospital de São José; as “I Jornadas de Enfermagem – Sustentabilidade e Inovação em Enfermagem” (Anexos IV e V) organizadas pela Escola Superior de Saúde Egas Moniz; o “3rd Intensive Care Medicine Symposium” (Anexo X) organizado pelo Serviço de Medicina Intensiva do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, E.P.E.; a palestra sob o tema “O papel do Enfermeiro na Unidade de Cuidados Intensivos” (Anexo XI) organizada pela Bwizer e o “2nd International Congress on Emergency – ICE” (Anexos XII e XIII) organizado pela Associação Portuguesa de Enfermeiros e Médicos de Emergência. Para além destas atividades formativas, concluímos com sucesso os cursos de reconhecido valor no cuidado à pessoa em situação crítica: “Suporte Avançado de Vida” (Anexo XIV) e “International Trauma Life Support” (Anexo XV). Durante o Estágio Final, e após convite do enfermeiro supervisor, participamos ainda em formações em serviço da UCI com temáticas relevantes para a qualidade da prática de enfermagem no cuidado à pessoa em situação crítica, nomeadamente “Técnicas de substituição da função renal contínuas” e “Cuidados de enfermagem à pessoa sob ECMO”. Pela especificidade dos conteúdos dos diferentes momentos formativos, os mesmos serão abordados no próximo subcapítulo, aquando da reflexão sobre as competências específicas do EEEMC-PSC.

No entanto, o conhecimento não pode ser apenas acumulado e ficar num abstrato teórico, carece de integração e mobilização para o contexto da praxis clínica (Netto *et al.*, 2018). Ao longo do nosso percurso nos contextos de estágio traçamos como objetivo esta mobilização, para tal promovemos por diversas vezes a discussão com os enfermeiros supervisores e com alguns enfermeiros de referência, nomeadamente peritos (Benner, 2001), sobre os conhecimentos adquiridos e a sua aplicabilidade em cada contexto. Estes contribuíram de forma importante para o nosso processo de aprendizagem, que no final consideramos ter sido palco de uma considerável evolução.

No que concerne ao autoconhecimento queremos destacar a mobilização de conhecimentos e competências desenvolvidos ao longo do percurso da unidade curricular de “Desenvolvimento Pessoal em Saúde Mental”. Esta unidade curricular contribuiu para a nossa capacidade de autorreflexão e autoconhecimento, reconhecida como central na praxis clínica e “que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais” (OE, 2019, p.4749). A Ordem dos Enfermeiros realça ainda que o EE deve revelar “a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional” (2019, p.4749). O nosso percurso ao longo de todos os estágios foi também pautado pela constante autorreflexão e adaptação aos contextos organizacionais, mantendo a consciência dos nossos limites pessoais e profissionais. Realçamos ainda a importância dos constantes momentos de reflexão crítica e o *feedback* com os enfermeiros supervisores, que nos levam a potenciar estas capacidades e à melhoria da qualidade dos cuidados. Destacamos aqui também as transições organizacionais vividas por nós na adaptação a novos contextos de estágio, que realçamos terem sido caracterizadas por um percurso desafiante, mas com as condições facilitadoras já descritas, culminaram em transições saudáveis (Meleis *et al.*, 2000; Meleis, 2010).

Na concretização das atividades citadas, e conseqüente desenvolvimento de competências, não podemos descuidar a importância da mobilização dos conhecimentos adquiridos na unidade curricular de “Formação e Supervisão em Enfermagem”.

Posto isto, ajuizamos que as competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais e as competências de mestre com estas relacionadas foram adquiridas.

3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA – PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E MESTRE EM ENFERMAGEM

A Ordem dos Enfermeiros (2018, p.19362) define pessoa em situação crítica como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”. Assim, os cuidados de enfermagem à pessoa situação crítica são altamente complexos e exigem uma continuidade de observação e colheita de dados, que permita a deteção precoce de complicações, por forma a conseguir a intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. (OE, 2011b; OE, 2018) Tendo isto em consideração, a Ordem dos Enfermeiros definiu um conjunto de competências que o EEEMC-PSC deve adquirir que se agrupam em três domínios, nomeadamente cuidado com a pessoa e/ou família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação e intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos, na pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (OE, 2011b; OE, 2018).

Às competências específicas do EEEMC-PSC associamos a sétima competência de Mestre em Enfermagem, uma vez que todas concorrem para os mesmos objetivos.

- Competência de Mestre em Enfermagem
“7. Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade” (UE, 2015, p.24).

“K1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (OE, 2011b, p.8656).

O cuidado à pessoa que vivencia processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica é o centro da nossa atuação, desde o nosso local de trabalho a todo o processo de aprendizagem aqui caracterizado. Pelo que em todos os contextos que nos acolheram encontrámos oportunidades de aprendizagem e melhoria.

A mnemónica ABCDE está padronizada para a avaliação inicial à pessoa em situação crítica. Esta define prioridades na abordagem, bem como a deteção precoce de lesões que coloquem a pessoa em risco iminente de morte. Também pode ser retomado no exame secundário durante a monitorização dos sinais vitais. A avaliação deve ser realizada pela seguinte ordem: A (*Airways*) – Vias Áreas com controlo da coluna cervical, B (*Breathing*) – Respiração e Ventilação; C (*Circulation*) – Circulação com controlo da hemorragia; D (*Disability*) – Estado Neurológico; E (*Exposure*) – Exposição e controle da Temperatura (Rodrigues, Santana & Galvão, 2017). A mnemónica ABCDE torna a avaliação da pessoa em situação crítica completa e permite que este seja feita de uma forma mais rápida, diminuindo as perdas de tempo. Esta avaliação primária pode assim ser feita em minutos (Howard & Steinmann, 2011). Ao longo de todos os estágios para além de utilizar esta abordagem na avaliação da pessoa, utilizamos a mesma metodologia para documentar os cuidados realizados nos registos de enfermagem. Por esta ser uma prática correta na abordagem à pessoa em situação crítica e por se mostrar rápida e eficiente na intervenção e registo, adotamo-la igualmente na nossa prática clínica nos nossos locais de trabalho desde então. Para além de melhorar a nossa prática de cuidados de enfermagem, aumentou a nossa confiança e assertividade na abordagem à pessoa em situação crítica.

O oxigénio não é armazenável no corpo humano, pelo que em caso de défice ficamos perante um quadro de hipoxemia. A nossa intervenção em situações de insuficiência respiratória deve ser precoce de forma a evitar a hipoxemia celular. No cuidado à pessoa em situação crítica deparamo-nos frequentemente com este quadro, levando por vezes à necessidade de ventilação mecânica invasiva (VMI) (Freitas & Martinho, 2015). As causas de insuficiência respiratória, que levam a pessoa a necessitar de VMI, podem ser várias, nomeadamente: manter a via aérea permeável (ex.: por alteração do estado de consciência de origem patológica ou induzido por sedação ou mesmo obstrução da via aérea), oxigenação insuficiente (situações como pneumonia, em que existe perfusão dos alvéolos mas não ventilação) ou ventilação ineficaz (que pode ter origem em diversas causas, desde derrame pleural, pneumotórax, hemotórax ou mesmo traumatismos vertebromedulares) (Howard e Steinmann, 2011). Apesar da nossa prática clínica diária, à data, ser realizada num SUMC, a nossa experiência na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa sob VMI era reduzida. Para além do conhecimento, é necessária alguma destreza que apenas se adquire no contexto da praxis clínica. Nos estágios no SUMC e na UCI tivemos oportunidade de,

inicialmente, aumentar o nosso conhecimento sobre esta temática e atualizá-lo com a evidência científica atual, através de pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas. E posteriormente, melhorar a nossa destreza em contexto de prática clínica, uma vez que nos foi possível prestar cuidados à pessoa em situação crítica durante a EOT e de seguida, sob VMI. A prestação de cuidados na UCI teve um impacto maior nesta nossa evolução uma vez que as pessoas permanecem internadas e sob VMI durante mais tempo neste contexto. Implementamos de forma consistente e recorrente o feixe de intervenções da prevenção da pneumonia associada à intubação (DGS, 2017b), bem como aprofundamos os nossos conhecimentos e competências sobre modos ventilatórios e os seus objetivos terapêuticos.

Na pessoa em situação crítica podem existir vários motivos que levam a alteração do estado de consciência, são exemplos traumatismo, intoxicações (ex.: fármacos, venenos, etc.) ou alterações metabólicas. É essencial uma avaliação sistematizada que inclua a causa precipitante e que permita uma intervenção multidisciplinar adequada (Silva & Alcântara, 2015). É também essencial a monitorização do estado de consciência com recurso a um instrumento padronizado. Para tal, na UCI é utilizada a Escala de Coma de Glasgow como instrumento de avaliação do estado de consciência. Em cuidados intensivos, tanto pela doença em causa como pelos procedimentos e rotinas das unidades, o desconforto (físico e emocional), ansiedade e agitação são frequentes. A utilização de fármacos sedativos é frequente neste contexto, sempre de acordo com o objetivo delineado para cada pessoa, objetivo que deve ser reavaliado diariamente, e que deve passar pelo nível mais ligeiro possível de sedação (Estilita, 2015). A avaliação do nível de sedação é feita com recurso à escala *Richmond Agitation Sedation Scale* (RASS). Ambas as avaliações são realizadas e registadas pelos enfermeiros pelo menos uma vez por turno, devendo ser repetidas em caso de alteração do estado de consciência e/ou sedação. A avaliação neurológica deve ainda ser complementada com a avaliação pupilar, quer de diâmetro quer de simetria, movimentos oculares, resposta motora e padrão respiratório (Silva & Alcântara, 2015). A avaliação destes parâmetros é documentada nos registos de enfermagem.

O contexto de UCI trouxe-nos vários desafios, nomeadamente o contacto com técnicas, equipamentos e necessidades de cuidados que nos eram muito pouco conhecidos. Destas destacamos as técnicas de substituição da função renal contínuas ou intermitentes e a circulação extracorporeal através de ECMO. Para responder da melhor forma a estes desafios

começamos por uma aprofundada pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas sobre as diferentes temáticas. Durante o período de estágio, como já foi referido, foi-nos também permitido participar em duas formações em serviço da UCI com as temáticas “Técnicas de substituição da função renal contínuas” e “Cuidados de enfermagem à pessoa sob ECMO”. Na primeira foram abordados a fisiopatologia da lesão renal aguda, os diferentes tipos de técnicas mais comuns na UCI (hemofiltração venovenosa contínua, hemodiálise venovenosa contínua, hemodiafiltração venovenosa contínua e ultrafiltração), cuidados de enfermagem à pessoa sob técnica de substituição da função renal contínua e foi finalizada com simulação prática de montagem de circuitos. Enquanto na segunda foram versados os temas de indicações para colocação da pessoa sob ECMO, quer para suporte pulmonar quer cardíaco, cuidados de enfermagem à pessoa com ECMO e com o circuito extracorporal, atuação na sala de eCPR e por fim simulações práticas, em *role play*, de assistência à canulação (ato médico), montagem do circuito e casos clínicos de possíveis complicações. A nossa presença nas referidas formações foi uma mais-valia para a qualidade dos nossos cuidados à pessoa em situação crítica, uma vez que permitiu a integração da evidência na nossa prática, e consequentemente a nossa evolução ao longo do estágio e desenvolvimento de autonomia (Silva *et al.*, 2015).

A pessoa em situação crítica pode necessitar de realizar em contexto de urgência, exames complementares de diagnóstico que apenas estão disponíveis fora do serviço, pela necessidade de intervenção ou decisão clínica urgente que estes permitem, como é o caso da tomografia axial computadorizada. O transporte da pessoa em situação crítica, mesmo que intra-hospitalar, deve ser ponderado tendo em consideração os potenciais riscos e benefícios, uma vez que qualquer transporte aumenta o risco de complicações. Nesse sentido, em 2008, a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, em conjunto com a Ordem dos Médicos, publicou um conjunto de recomendações para os diferentes tipos de transporte de pessoas em situação crítica. O transporte intra-hospitalar necessita de acompanhamento de acordo com as necessidades da pessoa e possibilidade de necessidade de intervenções. A Ordem dos Médicos e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos sugerem que esta avaliação seja realizada com recurso a critérios objetivos (Anexo XVI). A preparação deste transporte passa por assegurar a presença de todos os aparelhos necessários, e de que dispõem de bateria suficiente para o trajeto, que os fármacos em perfusão têm a quantidade suficiente, e por vezes, requer a preparação de fármacos extra que prevemos vir a ser necessários de

acordo com a situação clínica da pessoa, bem como garantir a correta colocação e permeabilidade de todos os dispositivos invasivos (OM & SPCI, 2008; Howard e Steinmann, 2011; Graça, Silva, Correia & Martins, 2017). Em todos os contextos, para além de cumprir estas recomendações, adequamos ainda a nossa prestação de cuidados de acordo com os protocolos, procedimentos e documentos de registo utilizados nos respetivos centros hospitalares, para transporte da pessoa em situação crítica.

Nos contextos de SIV e VMER, foi-nos também possível acompanhar a pessoa em situação crítica durante o transporte pré-hospitalar. Nestes contextos, os recursos disponíveis e o objetivo do transporte são diferentes. Na maioria das situações não se pretende que a intervenção seja totalmente “curativa”, mas passa principalmente por objetivos de reanimação e estabilização da situação clínica no local e durante o transporte para a instituição hospitalar (Moura *et al.*, 2020). Estes meios INEM representam a resposta mais diferenciada disponível nos meios de emergência em Portugal continental, permitem uma avaliação e decisão clínica qualificada sobre a situação, e consequentemente um transporte mais seguro, quer em vigilância, quer em possibilidade de intervenção (MS, 2014). Nos turnos que realizamos nestes meios tivemos oportunidade de acompanhar o transporte de várias pessoas em situação crítica, nomeadamente pessoas com alteração do estado de consciência ou alterações de ritmo cardíaco.

O conhecimento dos procedimentos e protocolos em vigor nas instituições e serviços onde nos encontramos é essencial para a nossa praxis correta. Aquando da nossa pesquisa nos documentos disponíveis nas *intranet's* dos centros hospitalares, procuramos conhecer os protocolos terapêuticos complexos instituídos, nomeadamente os utilizados no contexto de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. Também na nossa passagem pelos meios INEM, nomeadamente na ambulância SIV, onde o enfermeiro tem um papel de liderança e decisão clínica, uma vez que é o profissional de saúde mais diferenciado, procuramos conhecer os diferentes protocolos terapêuticos complexos utilizados. Neste contexto, são utilizados mais protocolos de apoio à tomada de decisão clínica, tivemos oportunidade de tomar conhecimento dos mesmos, mas não de os implementar. Na UCI a utilização de procedimentos e protocolos é frequente, pelo que sentimos necessidade de nos inteirar dos mesmos. Na gestão de protocolos terapêuticos complexos destacamos o protocolo de insulina, que é aplicado pela equipa de enfermagem com o objetivo de evitar

picos glicêmicos, e o protocolo de gestão térmica após PCR que pretende a neuroproteção através do controlo térmico, evitando a hipertermia maligna, com alvos definidos para as 48 horas seguintes à PCR.

No contexto do SUMC está implementado de forma clara e eficaz um protocolo terapêutico complexo, a Via Verde AVC (DGS, 2017e). As doenças cardiovasculares representam a principal causa de morte na União Europeia, no entanto a implementação de Vias Verdes tem vindo a reduzir essa mortalidade (DGS, 2017f). No SUMC todos os profissionais de saúde reconhecem a importância desta Via Verde e dos seus tempos de atuação, bem como conhecem o protocolo e qual o seu papel na implementação do mesmo. Durante o nosso estágio no SUMC conhecemos o protocolo, os documentos utilizados no apoio à tomada de decisão clínica e prestamos cuidados de enfermagem à pessoa incluída na Via Verde AVC, de acordo com o referido protocolo. Tivemos ainda oportunidade de acompanhar o percurso de uma pessoa desde a admissão na sala de emergência, avaliação inicial, acompanhamento à imagiologia e posterior transporte intra-hospitalar para a Unidade de AVC, local onde seria depois realizada a fibrinólise.

Por outro lado, existem protocolos terapêuticos complexos reconhecidos internacionalmente, com implementação transversal em todas as instituições de saúde, como é o caso do Algoritmo de SAV. Apesar de ser frequentemente utilizado no nosso contexto de prática profissional, requer treino e preparação constante para o implementar, motivo pelo qual consideramos que todas as situações de aplicação do mesmo são oportunidades para o desenvolvimento de competências de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. Sentimos que as situações de implementação do algoritmo em contexto de estágio foram muito mais ricas em aprendizagens do que em contexto de prática clínica, principalmente porque nos encontrávamos acompanhados por peritos no cuidado à pessoa em situação crítica, como os enfermeiros supervisores e outros EE e médicos. Estes peritos, para além de nos acompanharem durante a intervenção mostraram-se disponíveis e promoveram, no final, momentos de *debriefing* para reflexão crítica com toda a equipa envolvida. O *debriefing* é importante para avaliar o que foi feito corretamente e o que pode vir a ser melhorado, contribuindo para a consolidação de competências desenvolvidas. Devem ser momentos caracterizados por comunicação aberta e por ausência de julgamento (Bortolato-Major *et al.*, 2019). Estes momentos aconteceram em situações de PCR em todos os contextos de estágio,

no SUMC, na UCI e nos meios de emergência pré-hospitalar. Realçamos a importância da nossa participação prévia no curso de SAV (Anexo XIV) para a qualidade da nossa prestação nestes momentos. A exigência e rigor aplicados ao longo dos dois dias do referido curso, sempre em contexto de simulação de prática clínica, são determinantes para o sucesso da nossa intervenção em contexto real.

Recordamos ainda uma situação de implementação de um protocolo terapêutico utilizado com menos frequência, o da intoxicação por paracetamol. No SUMC deparamo-nos com uma situação em que foi necessário aplicá-lo após uma intoxicação medicamentosa voluntária com 16g de paracetamol, por via oral. Este tipo de intoxicação pode desenvolver insuficiência hepática grave. Como forma de atuação, está recomendada a administração de acetilcisteína em situações de toxicidade e lavagem gástrica com carvão ativado, por forma a diminuir a absorção, em casos de ingestão oral (Chiew, Gluud, Brok & Buckley, 2018). Esta situação obrigou toda a equipa a uma revisão do procedimento instituído para rever dosagens e diluições dos fármacos, por forma a garantir a segurança da intervenção e ainda a validação médica com a linha telefónica do Centro de Informações Antivenenos, do INEM.

No contexto do SUMC onde realizamos o estágio, os registos de enfermagem são realizados no *software* Alert®, tanto na área de ambulatório como no internamento. Encontrase definido pela equipa de enfermagem que para as pessoas internadas os parâmetros vitais são monitorizados, no mínimo, uma vez por turno. Nestes parâmetros estão uniformemente definidos a pressão arterial, a frequência cardíaca e a temperatura. A saturação periférica de oxigénio e a glicemia capilar podem também ser aplicados, de acordo com a necessidade da pessoa. No entanto, a dor não é habitualmente definida como parâmetro a monitorizar na pessoa internada, ficando ao critério do enfermeiro responsável por cada pessoa a sua avaliação, podendo assim, mais facilmente, ser esquecida.

Desde o final dos anos 90 que a DGS reconhece a necessidade de melhorar a abordagem à dor em Portugal, tendo vindo a trabalhar numa estratégia desde então. Atualmente está recomendada a avaliação e registo sistemáticos das suas características a todos os prestadores de cuidados de saúde, com recurso a escalas internacionalmente validadas. A dor aguda é um importante sinal de alerta de lesão ou disfunção orgânica, no entanto, quando terminada essa função não se lhe encontram quaisquer benefícios biológicos, pelo contrário,

pode potenciar alterações de vários sistemas orgânicos (DGS, 2017d; Estilita, 2015). Segundo Batalha, Figueiredo, Marques e Bizarro (2013), as fontes de dor na pessoa em situação crítica são diversas, potenciadas pelos vários procedimentos invasivos, presença de dispositivos e tratamentos. Também estes autores realçam que a presença de dor na pessoa não é inócua, pois induz um estado catabólico generalizado, o que na pessoa em situação crítica tem repercussões ainda mais graves no seu estado. Assim, para minimizar o sofrimento, prevenir o agravamento e potenciar a rápida recuperação é importante que exista uma avaliação objetiva e sistemática da dor, com recurso a instrumentos adequados ao estado da pessoa, de modo a que esta avaliação seja fidedigna. Tendo isto em consideração, recorrendo ao instrumento de avaliação da dor disponível no SUMC (escala numérica), procuramos definir a dor e a sua intensidade como parâmetro a ser monitorizado, pelo menos uma vez por turno, em todas as pessoas internadas a quem prestamos cuidados de enfermagem. Acerca da intervenção da Equipa Intra-Hospitalar da Unidade da Dor, não nos foi possível presenciar a sua intervenção durante o período de estágio. Em conversa com a enfermeira orientadora, esta clarificou-nos que não existe um procedimento definido para o pedido de colaboração, sendo o profissional de saúde responsável pelos cuidados à pessoa que faz o contacto com a respetiva equipa que se desloca ao SUMC, ou por vezes fornece aconselhamento por via telefónica, para orientação clínica.

A pessoa internada na UCI poderá não conseguir exprimir a sua dor, uma vez que é frequente encontrar-se sedada ou com alteração do estado de consciência. Assim, está definida a utilização da escala *Behavioral Pain Scale* (BPS), tanto na versão para pessoas sob VMI, como na versão para pessoas sem VMI. Em pessoas sem alterações do estado de consciência recorre-se à utilização da escala numérica. Esta avaliação está instituída na equipa de enfermagem, sendo realizada e registada pelo menos uma vez por turno, mais do que isso se necessário. Durante o nosso período de estágio encontrava-se ainda em desenvolvimento um protocolo multidisciplinar para gestão de sedoanalgesia, por forma a otimizar e uniformizar a intervenção da equipa.

A dor deve ser avaliada e registada de forma objetiva em todos os contextos de prestação de cuidados de enfermagem, pelo que os meios de emergência pré-hospitalar não são exceção. Sendo a dor aguda um sinal de alerta, como já referido, está presente em grande parte das situações de acidente ou doença súbita. A ambulância SIV, meio em que o

enfermeiro lidera a equipa multidisciplinar e efetua os registos clínicos, é palco da autonomia do enfermeiro nesta avaliação. No entanto, prende-se com a limitação de registo no formulário utilizado, uma vez que não é contemplada. Neste contexto refletimos com o enfermeiro coordenador do meio sobre a importância de ser feita uma proposta de melhoria sobre o instrumento de registo para inclusão da avaliação da dor. Ainda assim os enfermeiros não deixam de fazer este registo, utilizando para tal um espaço dedicado a notas livres.

Ao longo do período de estágio prestámos cuidados de enfermagem a várias pessoas em situação crítica na sala de emergência, neste contexto preocupa-nos também a possibilidade de permitir a presença de familiares. Os desafios enfrentados pela família da pessoa em situação crítica são significativos, o que exige também aos enfermeiros competências especializadas para cuidar destas famílias, pela singularidade do contexto. Promover a presença da família é essencial na prestação de cuidados de enfermagem em qualquer momento, levando alguns autores a sugerir a inclusão na mnemónica ABCDE da letra F, referente a família (Sá, Botelho & Henriques, 2015; Batista *et al.*, 2017). Nesta temática, recordo com especial importância a situação da pessoa que se encontrava no SUMC por intoxicação medicamentosa voluntária com paracetamol 16g e enalapril 200mg, com 30 minutos de evolução. Apesar da precoce intervenção de toda a equipa e da atuação com vista à antecipação dos focos de instabilidade, não nos foi possível prevenir a hipotensão sintomática, associada a depressão do centro respiratório, sendo necessário evoluir para EOT e VMI, bem como suporte de fármacos vasopressores endovenosos. Quando a situação clínica se encontrava estabilizada para que a pessoa fosse transferido para a UCI, foi permitida a entrada na sala de emergência da sua esposa, a quem foi explicada a gravidade da situação clínica e o que se iria suceder aquele momento. Não conhecendo o futuro que iria seguir-se aquele momento consideramos importante permitir que a família estivesse com a pessoa, apesar da EOT e a consequente sedoanalgesia impossibilitar a sua comunicação verbal.

A família da pessoa em situação crítica é alvo de perturbações emocionais decorrentes da complexidade da situação vivida, em muitos casos de forma inesperada. Assim, é da responsabilidade do EEEMC-PSC gerir a relação terapêutica e assistir emocionalmente a família (OE, 2011b; OE, 2018). Neste sentido, na UCI participamos no projeto que se encontra implementado para realização do acolhimento da família ao serviço. A primeira vez que a

família de uma pessoa internada se desloca à UCI, independentemente da hora, é recebida pelo enfermeiro responsável pelos cuidados à pessoa internada numa sala à entrada da unidade reservada para este efeito. Aqui o enfermeiro começa por se apresentar e de seguida avalia o conhecimento da família sobre a situação atual. Faz a recolha de contactos atualizados e esclarece quem é o familiar de referência. Neste momento é também entregue um folheto com informações sobre a unidade, contactos telefónicos e horário das visitas. Depois, a partir da informação recolhida esclarece possíveis dúvidas já existentes, explica o estado atual da pessoa e prepara a família para o cenário que vão encontrar na sua primeira visita (ex.: se a pessoa se encontra sob EOT; referir que vão encontrar várias «máquinas» à volta da pessoa; presença de técnicas de substituição da função renal, etc.) e disponibiliza-se para o esclarecimento de dúvidas que daí possam advir. De seguida, acompanha a família até junto da pessoa internada, passando pelo local onde devem higienizar as suas mãos, esclarecendo que o devem fazer sempre à entrada e à saída. Durante a visita o enfermeiro mantém-se disponível através da sua presença física e comunicação assertiva. Durante todo o processo presta apoio emocional à família sempre que necessário. A informação e suporte prestados à família são essenciais para a gestão saudável da transição que se encontram a vivenciar, sendo vitais também para o estabelecimento da relação terapêutica.

Nos restantes dias, durante o período de visita mantivemos sempre uma postura disponível, mantendo a nossa presença física na sala e recebendo sempre os familiares à sua chegada. Começando por nos apresentarmos, fazendo um ponto de situação desde o último contacto com um profissional de saúde da UCI e clarificando que estamos disponíveis para esclarecimentos adicionais. Nestes momentos procurámos sempre estabelecer uma comunicação assertiva e empática com a família e, quando possível, envolvendo a pessoa internada. Em situações que se mostrou pertinente clarificamos e orientamos também para o suporte de recursos da comunidade (ex.: apoio espiritual). Em todos estes momentos os enfermeiros consideram a família como alvo dos seus cuidados e recorrem de forma consistente a várias estratégias, como promover a presença, comunicar eficazmente, apoiar no luto e participar no cuidado (Sá *et al.*, 2015).

Identificamos ainda situações mais específicas em que desenvolvemos competências no estabelecimento de relação terapêutica e suporte emocional da família. Destacamos a comunicação de más notícias, lembrando momentos de comunicação de mau prognóstico

vital e de morte cerebral. Nestas circunstâncias recorreremos ao protocolo *SPIKES*⁴ para comunicação de más notícias. Este consiste em seis passos, que passam pela preparação, perceção da pessoa, convite para o diálogo, transmissão de informações, expressão de emoções e resumo e organização de estratégias (Coutinho & Ramessur, 2016). Com recurso a este protocolo mantivemos uma comunicação assertiva e empática, promovendo suporte emocional e permitindo a expressão de emoções. Com esta intervenção procuramos potenciar a vivência de um processo de transição saudável.

Na UCI, na implementação na intervenção profissional *major*, também destacamos o envolvimento da família. Durante o nosso percurso, sempre que possível, envolvemos a família na comunicação com a pessoa sob EOT, com recurso a diversas estratégias (ex.: quadro de imagens, escrita, etc.), comunicando com eficácia. Ao realizar a sessão de formação sob a temática da “Comunicação com a pessoa com EOT”, partilhamos estratégias que promovem a eficácia desta comunicação com a equipa de enfermagem. Com recurso a estas estratégias, pretendemos também que os enfermeiros promovam de forma consistente e eficaz a comunicação entre a pessoa com EOT e a família. Realçamos que durante a sessão de formação esta foi uma das reflexões mencionadas pelos enfermeiros.

Também ao longo do estágio no SUMC a intervenção com a família foi constante. Em diversas situações, nomeadamente na aérea de ambulatório, foi necessário esclarecer a pessoa e a família, na maior parte dos casos a pedido da própria pessoa, sobre aspetos da sua situação de saúde que não se encontravam suficientemente claros. Na sala de emergência, a comunicação com a família ganha outra dimensão. Mais do que informar sobre a situação de saúde da pessoa, é necessário gerir a ansiedade, sem criar falsas expectativas, através de uma comunicação assertiva e responsável. Apesar de não ser o desejável, em algumas situações não foi possível obter o consentimento da pessoa antes de ser dada a informação à família, pela sua condição clínica.

Ainda no SUMC, a sessão de formação que realizamos sob o tema “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde” concorreu também para uma comunicação eficaz. Apesar de não ser direcionada à comunicação com a família, quando o profissional de saúde tem em sua posse informação correta e completa, tem mais instrumentos para gerir uma comunicação

⁴ Acrónimo de “*Setting; Perception; Invitation; Knowledge; Emotion and Empathy; Strategy and Summary*”.

eficaz com a pessoa e/ou família. Isto tem ainda maior impacto em situações de saúde complexas, como no cuidado à pessoa em situação crítica, onde as informações podem mudar em pouco tempo, correndo o risco de comunicar com a pessoa e/ou família com dados que já não são verdadeiros. Este pode ser o resultado de uma comunicação não eficaz entre profissionais de saúde, pelo que durante a sessão de formação procuramos sensibilizar a equipa de enfermagem para estes aspetos.

Para que a nossa praxis clínica seja completa e pautada pela qualidade é importante reconhecer os nossos limites de atuação e conhecer igualmente os recursos humanos e técnicos disponíveis, bem como a respetiva forma de colaboração, referenciação ou encaminhamento. Neste sentido, nos centros hospitalares onde se realizaram os estágios procuramos sempre ter conhecimento destes, como por exemplo o serviço de nutrição e dietética, o serviço de assistência espiritual e religiosa ou unidade da dor.

Ao longo de todo o processo de aprendizagem a pesquisa bibliográfica da evidência científica foi transversal. Como ponto de partida destacamos a mobilização de conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares de “Enfermagem Médico-Cirúrgica I”, “Enfermagem Médico-Cirúrgica II” e “Fisiopatologia e Intervenção Terapêutica em Enfermagem Especializada”. No sentido de manter a atualização e reflexão sobre a nossa prática clínica participamos também nalguns eventos científicos, já referidos, onde foram abordados temas relevantes sobre o cuidado à pessoa em situação crítica. O congresso científico “Status 5 | Trauma, Emergência, Reanimação - O estado da arte!” (Anexos VIII e IX) foi bastante rico, tendo sido abordados diversos temas. Nomeadamente, via aérea e respiração onde foi abordada a oxigenoterapia por alto fluxo, ventilação por pressão positiva e abordagem de via aérea difícil, ambos no pré-hospitalar; sobre a circulação refletimos acerca da abordagem à fibrilhação auricular com resposta ventricular rápida, via verde sépsis e golpe de calor; na temática do trauma foi debatida a neuroproteção no pré-hospitalar, o circuito da pessoa vítima de trauma e a fratura complexa de bacia; refletimos ainda sobre a pertinência do uso de capnografia no pré-hospitalar; acerca da PCR foi debatido o atual algoritmo de SAV e apresentadas novas propostas, diferenças entre compressões cardíacas manuais e automáticas e a experiência vivida num programa eCPR na visão pré-hospitalar e de uma UCI; no que respeita ao tema da medicalização do pré-hospitalar foi ouvida a perspetiva de um enfermeiro, de um médico e das salas de emergência; e por fim foram abordadas novas

substâncias psicoativas. Nas “I Jornadas de Enfermagem – Sustentabilidade e Inovação em Enfermagem” (Anexos IV e V) tivemos oportunidade de refletir sobre novos desafios para a enfermagem no cuidado à pessoa em situação crítica, como a inclusão da família na sala de reanimação ou a forma como registamos os cuidados prestados. Foi partilhado também um programa do dador de coração parado implementado no norte do país. Com o “3rd *Intensive Care Medicine Symposium*” (Anexo X) tivemos oportunidade de refletir nos novos desafios do trauma, do cuidado à pessoa com ECMO, do tratamento da sépsis, da ventilação e do controlo de infeção. Na palestra sob o tema “O papel do Enfermeiro na Unidade de Cuidados Intensivos” (Anexo XI) foram abordadas as características de uma UCI, equipamentos que compõem uma unidade de internamento, alguns dos parâmetros habitualmente monitorizados e respetivas curvas de pressão (ex.: pressão arterial invasiva, capnografia, etc.). O “2nd *International Congress on Emergency – ICE*” (Anexos XII e XIII) ficou pautado pela reflexão sobre as atualizações e novas questões do algoritmo de SAV, choque cardiogénico, emergência médica em ambientes especiais, como a câmara hiperbárica e o transporte aéreo da pessoa em situação crítica, trauma e gestão do traumatismo cranioencefálico grave.

Apesar de, à data, trabalharmos diariamente num SUMC, ao longo do estágio no mesmo tipo de serviço contactamos com situações diferentes, num contexto de atuação também com algumas diferenças. Conseguimos ao longo do percurso adquirir progressivamente maior autonomia na nossa intervenção neste contexto e em situações que não tínhamos contactado antes, como a intervenção de enfermagem na implementação da Via Verde AVC. Podemos também afirmar, que sentimos uma maior autonomia de atuação com a pessoa vítima de politraumatismo, fruto de diversas situações que nos permitiram intervir no cuidado a estas. Na UCI os desafios de adaptação e as novas aprendizagens foram muito mais acentuados, pela nossa falta de experiência neste contexto, no entanto com o apoio do enfermeiro supervisor e com o nosso investimento pessoal, o nosso percurso foi bastante profícuo e pautado por desenvolvimento de competências que se refletiram em autonomia na prestação de cuidados.

De acordo com o explanado consideramos que foi adquirida a competência de cuidado à pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

“K2 – Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação” (OE, 2011b, p.8657).

Na Lei de Bases da Proteção Civil catástrofe é definida como “acidente grave ou série de acidentes graves e suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (AR, 2006, p.4696).

Na realidade em que vivemos a possibilidade de nos depararmos com uma catástrofe é cada vez mais uma realidade. Os enfermeiros têm um papel preponderante na resposta a estas situações, com grande importância na redução das consequências negativas para a saúde da população afetada. No entanto, este papel só é possível de ser bem desempenhado com preparação dos mesmos (ICN, 2009; Labrague *et al.*, 2017). Nas últimas décadas mais de cinco milhões de europeus foram afetados por vários tipos de catástrofes, desde naturais (ex.: terremotos, tsunamis, tornados, inundações, etc.) a nucleares (ex.: acidente nuclear de Fukushima Daiichi em 2011), levando a cerca de 8.000 feridos e mais de 35.000 mortes. Quando nos deparamos com números tão elevados de pessoas afetadas por situações de exceção e catástrofe percebemos como é importante que os profissionais intervenientes estejam devidamente preparados para atuar. Aqui, os enfermeiros têm um papel preponderante uma vez que serão sempre dos primeiros profissionais a ser convocados para responder a uma catástrofe, dentro ou fora dos hospitais (Grochtdreis, de Jong, Harenberg, Görres & Schröder-Bäck, 2016).

Por forma a estarmos bem preparados começamos por conhecer os documentos que norteiam a resposta em situação de catástrofe, que abordamos inicialmente na unidade curricular de “Enfermagem Médico-Cirúrgica III”. Dos quais são exemplo o Decreto-Lei n.º 72/2013 que cria o Sistema Integrado de Operações de Proteção e Socorro ou a orientação n.º 007/2010 da Direção Geral da Saúde sobre a Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde, onde é recomendado a todas as unidades de saúde do sistema nacional a elaboração de um Plano de Emergência Médica.

Nos estágios que decorreram no SUMC e na UCI inteiramo-nos dos planos internos de resposta a situações de emergência, tanto os planos de emergência dos centros hospitalares, como os planos de emergência dos respetivos serviços. Ambos os serviços possuem os seus

planos atualizados. Conhecemos também os planos de resposta a catástrofes externas dos centros hospitalares.

Durante o período em que decorreram os estágios não ocorreu nenhuma catástrofe, pelo que não nos foi possível intervir em nenhuma. No entanto, devemos estar preparados para atuar quando surge essa necessidade, para que isso fosse possível recorreremos à consulta dos Planos de Emergência e Catástrofe dos respetivos centros hospitalares e todos os que têm aplicação nas suas áreas de abrangência geográfica (Plano Municipal de Emergência de Proteção Civil de Setúbal, Plano de Emergência Externo da Península da Mitrena, Plano Especial de Emergência de Proteção Civil para Riscos Químicos Graves em Palmela - Plano de Emergência Externo da Hempel, Plano Municipal de Emergência de Proteção Civil de Lisboa, Plano Especial de Emergência de Proteção Civil para o Risco Sísmico na Área Metropolitana de Lisboa e Concelhos Limítrofes), uma vez que teríamos intervenção direta se fosse necessário ativar algum deles. Para além destes não podíamos deixar de consultar o Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil.

No entanto, existem outras situações de cenário multi-vítima muito mais comuns, nomeadamente nos SUMC, que ocorre quando estes se encontram com sobrelotação de pessoas admitidas. Ao longo do período de estágio no SUMC foi-me possível acompanhar a enfermeira supervisora, enquanto chefe de equipa de enfermagem, em várias situações que obrigaram à realocação de recursos humanos e materiais devido à sobrelotação de pessoas no serviço. Participamos também na prestação de cuidados de enfermagem em momentos destes, que obrigam a uma rápida gestão de prioridades, uma vez que a sobrelotação de pessoas que cria uma desproporcionalidade entre os recursos humanos disponíveis e as necessidades de cuidados de saúde da população. Na nossa experiência profissional, desenvolvemos a nossa praxis durante cerca de três anos num SUMC, pelo que nos deparamos com muita frequência com esta situação de desproporcionalidade de entre recursos disponíveis e as necessidades sentidas. Neste cenário desenvolvemos competências de gestão de prioridades e de sistematização da avaliação, bem como de intervenção precoce em situações de urgência.

Tendo em consideração as poucas oportunidades para atuar em situação de catástrofe ou emergência multi-vítima nos contextos de estágio, e sendo esta uma competência do

EEEMC-PSC, sentimos necessário aprofundar os nossos conhecimentos e competências. Neste sentido, participamos nas “II Jornadas Defesa + Saúde – Medicina de Catástrofe”, organizadas pela Direção-geral de Recursos da Defesa Nacional do Ministério da Defesa Nacional (Anexos VI e VII). Nestas tivemos a possibilidade de conhecer melhor a resposta do sistema de saúde militar português em situações de catástrofe, através dos meios disponíveis e da forma de resposta das diferentes forças armadas. Tivemos ainda oportunidade de refletir sobre algumas «lições aprendidas» através da experiência das equipas de socorro aquando a atuação em cinco cenários diferentes, desde Fátima a Paris. Também no “2nd *International Congress on Emergency – ICE*” (Anexos XII e XIII) tivemos oportunidade de refletir sobre a partilha da experiência vivida diariamente em contexto multi-vítima em Israel, no *Tel Aviv Medical Center*.

Por sentirmos ainda necessidade de aprofundar conhecimentos sobre a preparação dos enfermeiros para atuar nestas situações, realizamos uma revisão da literatura que resultou num *poster* científico com o título “A Preparação dos Enfermeiros na Gestão de Situações de Exceção e Catástrofe” (Apêndice XV), que tivemos oportunidade de apresentar nas “I Jornadas de Enfermagem – Sustentabilidade e Inovação em Enfermagem”, organizadas pela Escola Superior de Saúde Egas Moniz (Anexo XVII).

No sentido de nos prepararmos da melhor forma para prestar cuidados à pessoa vítima de politraumatismo, participamos ainda no curso “*International Trauma Life Support*” (Anexo XV). Neste adquirimos conhecimentos e competências para reconhecer os vários mecanismos de lesão, através da avaliação do cenário, e prever os possíveis traumatismos daí resultantes, bem como as formas de atuação corretas, com o objetivo de estabilização da pessoa e minimização das complicações das lesões durante o transporte. Através de uma metodologia de prática simulada e momentos de *debriefing* que permitiram a reflexão sobre a mesma.

Tendo em consideração o percurso realizado nesta área, consideramos adquirida a competência de resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima.

“K3 – Maximiza 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 respostas em tempo útil e adequadas” (OE, 2011b, p.8657).

Segundo a Direção Geral da Saúde (2010, p.7), uma Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) “é uma condição sistémica ou localizada resultante de uma reação adversa à presença de um agente infeccioso ou das suas toxinas”, adquirida por ocasião ou decorrente de prestação de cuidados de saúde, em qualquer ambiente, hospitalar ou domiciliar. As IACS e o aumento da resistência aos antimicrobianos são problemas à escala mundial que agravam a morbidade e mortalidade, prolongam os internamentos e aumentam os custos em saúde (DGS, 2017c). A Ordem dos Enfermeiros (2017) realça que não sendo um problema de novo, uma IACS, assume uma importância particular na pessoa em situação crítica, uma vez que “à medida que dispomos de tecnologias cada vez mais avançadas e invasivas, que aumenta a esperança de vida, o número de doentes submetidos a terapêutica imunossupressora e antibioterapia, também aumenta o risco de infeção” (p.11).

Nesta temática, é atribuída ao EEEMC-PSC a responsabilidade da

“procura permanente da excelência no exercício profissional, face aos múltiplos contextos de atuação e à utilização de medidas invasivas no decorrer da doença aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos” (OE, 2017, p.9).

Assim, para que a nossa praxis clínica seja correta temos o dever de estar atualizados acerca das recomendações nacionais. Em primeiro lugar, no que concerne a práticas de prevenção e controlo de infeções, é necessário ter presente as recomendações emanadas pelo Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), uma vez que são transversais a todos os contextos de prestação de cuidados de enfermagem. Realçamos que já conhecíamos por dentro as mesmas, porque as aplicamos diariamente no nosso local de trabalho.

Quando nos deslocamos a outras instituições de saúde podem existir algumas diferenças práticas na implementação das normas nacionais. Tendo isso em consideração, consultamos os planos de controlo de infeção em vigor nos respetivos centros hospitalares, e quais as suas

indicações específicas no contexto de cuidado à pessoa em situação crítica, por forma a manter a nossa intervenção em conformidade com os mesmos.

No que respeita aos elementos de ligação ao GCL-PPCIRA, no SUMC existem seis enfermeiros que desempenham este papel, estando distribuídos por todas as equipas de enfermagem, sendo que cada elemento deve agilizar a interação com o GCL-PPCIRA numa área concreta. Na UCI existem igualmente seis enfermeiros com estas funções, um elemento de apoio à gestão e os restantes cinco distribuídos por todas as equipas. A presença destes enfermeiros nas respetivas equipas permite um suporte mais próximo a todos os enfermeiros na prestação de cuidados, sendo fundamentais para corrigir práticas menos corretas e esclarecimento de dúvidas. Estes enfermeiros são também responsáveis pelas auditorias realizadas às precauções básicas de prevenção e controlo de infeção (ex.: higienização das mãos, uso correto de luvas, etc.).

Para que a nossa intervenção fosse sempre otimizada foi essencial, desde logo, conhecer o tipo e localização dos equipamentos de proteção individual disponíveis nos diferentes contextos de estágio. De seguida inteiramo-nos das especificações de implementação das medidas de prevenção e controlo de infeção de cada local (ex.: formas de identificação das unidades em isolamento). Na UCI está implementado um sistema de identificação dos diferentes tipos de isolamento (ex.: isolamento de contacto, isolamento por transmissão por gotícula, isolamento protetor, etc.) por cores. Desta forma pretende-se que os profissionais de saúde identifiquem de forma mais rápida as medidas a tomar. Neste «código de cores» existe apenas uma exceção, que se prende com a infeção por *Clostridium Difficile*, uma vez que existem especificidades a ser aplicadas às medidas de isolamento de contacto, pelo que este isolamento é identificado com uma cor diferente. No SUMC existe uma sala destinada a colocação de pessoas em isolamento, com capacidade para apenas uma pessoa. Se existir necessidade de colocar mais pessoas em isolamento é apenas utilizado o método de barreira, sendo colocada numa cama junto à janela e com a cortina fechada. Na UCI não existem salas específicas para isolamento, sendo feito sempre que possível, isolamento por *coorte* numa das salas disponíveis. Quando estamos perante uma infeção provocada por Enterobacteriáceas Resistentes aos Carbapenemos ou por *Clostridium Difficile* a pessoa é colocada sozinha numa sala, sempre que possível. Noutro tipo de microrganismos, se não for

possível nenhuma das medidas citadas, que são sempre privilegiadas, é aplicado o método de barreira com a presença da cortina fechada.

O cuidado à pessoa em situação crítica envolve na grande maioria das vezes um elevado número de dispositivos invasivos, podendo cada um deles representar uma porta de entrada a microrganismos oportunistas que desenvolvem quadros de infeção (Kózka, Segá, Wojnar-Gruszka, Tarnawska & Gniadek, 2020). O ambiente da UCI é um exemplo concreto disso, pelo que o cumprimento dos feixes de intervenções emanados pela DGS é essencial (DGS, 2017c). Assim, neste contexto de estágio encontram-se institucionalizados e são cumpridos os “Feixes de Intervenções” de prevenção da pneumonia associada à intubação (DGS, 2017b), da infeção relacionada com cateter venoso central (DGS, 2015b), da infeção urinária associada a cateter vesical (DGS, 2017g) e da infeção de local cirúrgico (DGS, 2015a).

Na admissão de novas pessoas na UCI, sempre que estes tenham proveniência de outra instituição hospitalar ou serviço de internamento, se teve alta hospitalar recente de outro internamento ou se apresenta sinais de infeção com foco a esclarecer são feitas colheitas de vários produtos biológicos para exames microbiológicos. Nomeadamente, exsudado retal para pesquisa de Enterobacteriáceas Resistentes aos Carbapenemos, exsudado nasal para pesquisa de *Staphylococcus Aureus* resistente à meticilina, duas hemoculturas e urocultura. Em casos de suspeita de infeção da via aérea é feita também colheita de exsudado nasal para pesquisa de H₁N₁.

Também os visitantes são elementos fundamentais à prevenção e controlo de infeção no serviço, pelo que é essencial o acompanhamento do enfermeiro. Neste sentido, na UCI, aquando do acolhimento ao serviço é explicado à família a importância da correta higienização das mãos à entrada e à saída do serviço. O enfermeiro que faz o acolhimento acompanha a família ao local onde deve realizar a higienização, explica como deve proceder, se necessário exemplifica e supervisiona. Aquando de cada visita o enfermeiro responsável pela prestação de cuidados à pessoa garante que os visitantes cumprem as medidas de prevenção e controlo de infeção, clarificando a sua necessidade e como deve proceder. Durante o nosso estágio tivemos oportunidade de desempenhar todas estas intervenções.

Com recurso aos conhecimentos adquiridos na unidade curricular “Enfermagem Médico-Cirúrgica V” e no âmbito das atividades propostas na mesma, participamos na realização de um plano de prevenção de controlo da transmissão cruzada da infeção por *Clostridium Difficile*. Este plano culminou na realização de uma Norma de Procedimento sobre “Colocação e Manutenção do Sistema de Contenção Fecal” (Apêndice XVI), que foi proposta para implementação no nosso local de trabalho à data.

No sentido de aprofundar os nossos conhecimentos, recorremos de forma habitual à pesquisa bibliográfica. A nossa participação em eventos científicos também contribui para a atualização dos nossos conhecimentos, nomeadamente as “I Jornadas de Enfermagem – Sustentabilidade e Inovação em Enfermagem” (Anexos IV e V) e o “3rd Intensive Care Medicine Symposium” (Anexo X). Nas primeiras tivemos oportunidade de refletir sobre “Bactérias multirresistentes: desafios para o futuro?”, enquanto no segundo nos atualizamos sobre os desafios das infeções, nomeadamente no choque séptico e respetiva abordagem em UCI.

Considerando o que foi explanado julgamos ter sido adquiridas as competências do âmbito da prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

De acordo com tudo o que se encontra explanado ao longo da reflexão sobre o processo de desenvolvimento e aquisição de competências específicas do EEEMC-PSC, consideramos que foi também desenvolvida a sétima competência de mestre: “evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade”.

CONCLUSÃO

A conclusão deste relatório de estágio de natureza profissional encerra também um ciclo de aprendizagem, com o final do curso de Mestrado em Enfermagem. Neste documento procurámos abordar não só o percurso realizado nos estágios, mas também a aprendizagem decorrente de todo o caminho percorrido neste curso. Espelhamos aqui o processo de aquisição e desenvolvimento de competências enquanto EEEMC-PSC e enquanto Mestre em Enfermagem, refletindo a análise crítica realizada com base na evidência científica e na teoria de médio alcance identificada como referencial teórico.

No que respeita aos estágios, destacamos o desafio que representou o Estágio Final, uma vez que não tínhamos experiência prévia em contexto de UCI. Embora esse tenha sido um dos motivos que precipitou a nossa escolha, aliado à diferenciação de recursos da unidade em causa, pela expectativa de assim aumentar as nossas oportunidades de aprendizagem. A nossa expectativa não só foi atingida, como foi superada, no entanto sentimos como um desafio um período de integração ligeiramente mais longo, o que consequentemente também desafiou um pouco mais a nossa identificação de necessidades.

A concretização da intervenção profissional *major*, que passou por um projeto de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, com o objetivo de garantir a segurança e qualidade da praxis de enfermagem através da eficácia da comunicação com a pessoa com EOT, representou um dos grandes pilares do percurso desenvolvido no Estágio Final. Iniciámos com a justificação da problemática em UCI e revisitação de conceitos chave. No que concerne à metodologia, recorreremos à metodologia de projeto, norteadada pela Teoria das Transições.

Como fruto desta intervenção elaboramos propostas de melhoria que foram partilhadas e discutidas com a equipa de enfermagem.

Destacamos, acerca desta intervenção, o interesse e motivação dos enfermeiros sobre a temática e a vontade, tanto da equipa como da enfermeira chefe, em dar continuidade ao referido projeto de melhoria contínua dos cuidados. Consideramos assim, que esta intervenção foi uma mais-valia como ponto de partida para o trabalho a desenvolver nesta área, na UCI.

Este relatório contou ainda com a análise crítico reflexiva de todo o percurso de aprendizagem, no qual nos apropriamos de conhecimentos e competências, através de atividades desenvolvidas ao longo de todo o curso de mestrado, e como estas contribuíram para a aquisição, desenvolvimento e consolidação das competências comuns e específicas de EEEMC-PSC e de Mestre em Enfermagem.

No entanto, este caminho não decorreu de forma tão linear como pretendíamos, foi pautado por algumas dificuldades, que com algum esforço fizemos por ultrapassar. Um dos contratempos levou à interrupção do Estágio Final (por motivos de saúde) durante cerca de um mês, pouco tempo depois do seu início, o que interrompeu a nossa integração e identificação de necessidades no contexto. Ainda assim, aquando do nosso regresso, e com a estreita colaboração do enfermeiro supervisor, foi-nos possível retomar as atividades planeadas. Deparamo-nos ainda com a limitação de tempo disponível, que levou a não nos ser possível implementar todas as propostas de melhoria apresentadas na intervenção profissional *major*, e conseqüentemente avaliá-las. No entanto, com empenho, consideramos que conseguimos atingir os objetivos inicialmente delineados.

Realçamos que apesar dos imprevistos ocorridos, e de todo o esforço para concretizar este percurso, o consideramos muito enriquecedor pessoal e profissionalmente, e até gratificante. Permitiu-nos momentos importantes de aquisição de novos conhecimentos, desenvolvimento e consolidação de competências e uma importante reflexão sobre a nossa praxis, aumentando também a nossa consciência acerca da enfermeira que somos. Este caminho de aprendizagem termina formalmente com a conclusão deste curso, mas na prática clínica não terá um fim próximo. A constante atualização científica, para além de um dever

profissional, neste momento, mais do que nunca, será também fruto de uma «fome de conhecimento» que já tínhamos antes, mas que com este percurso ficou claramente aumentada.

Também destacamos a continuidade que daremos à nossa intervenção profissional *major*, uma vez que atualmente desenvolvemos a nossa atividade profissional no contexto que nos acolheu no Estágio Final. Assim, é-nos agora possível promover a implementação e avaliação das propostas de melhoria apresentadas, e como referido antes, foi já criado um grupo de trabalho que se encontra debruçado sobre a temática.

Olhando para tudo o que foi exposto, consideramos atingidos os objetivos a que nos propusemos, e olhamos com muita satisfação para todo o caminho percorrido, sentindo que valeu a pena todo o esforço e investimento pessoal e profissional. Bem como sentimos ter tomado as decisões certas nas nossas escolhas, pelas oportunidades de aprendizagem que estas representaram.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência – Medicina Intensiva*. Portugal. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>

Antonacci, R., Fong, A., Sumbly, P., Wang, Y.F., Maiden, L., Doucette, ... Chevrier, A. (2018). They can hear the silence: Nursing practices on communication with patients. *The Canadian Journal of Critical Care Nursing*, 29(4), 36-39.

Assembleia da República (AR) (2006). Lei n.º 126/2006. Aprova a Lei de Bases da Proteção Civil. *Diário da República*, n.º 126/2006, Série I (03 de julho de 2006), pp. 4696 – 4706.

Assembleia da República (AR) (2015). Lei n.º 156/2015. Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. *Diário da República*, n.º 181/2015, Série I (16 de setembro de 2015), pp. 8059 – 8105.

Azevedo, P., Gomes, B., Pereira, J., Carvalho, F., Ferreira, S., Pires, A. & Macedo, J. (2019). Dependência funcional na alta dos cuidados intensivos: relevância para a enfermagem de reabilitação. *Revista de Enfermagem Referência*. SerIV(20). 37-45. <https://dx.doi.org/10.12707/RIV18084>

Barimani, M., Vikström, A., Rosander, M., Frykedal, K.F. & Berlin, A. (2017). Facilitating and inhibiting factors in transition to parenthood – ways in which health professionals can

support parents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 31, 537–546. Doi: 10.1111/scs.12367

Batalha, L., Figueiredo, A., Marques, M. & Bizarro, V. (2013). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP/PT). *Revista de Enfermagem Referência*. SerIII(9), 7-16.

Batista, M., Vasconcelos, P., Miranda, P., Amaral, T., Gerales, J. & Fernandes, A. (2017). Presença de familiares durante situações de emergência: a opinião dos enfermeiros do serviço de urgência de adultos. *Revista de Enfermagem Referência*. SerIV(13), 83-92. Disponível em <https://doi.org/10.12707/RIV16085>

Bortolato-Major, C., Mantovani, M., Felix, J., Boostel, R., Silva, A. & Caravaca-Morera, J. (2019). Debriefing evaluation in nursing clinical simulation: a cross-sectional study. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 72(3), 788-794. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0103>

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN: 972-8535-97-X

Bennett, L.L., Grimsley, A., Grimsley, L. & Rodd, J. (2017). The Gap Between Nursing Education and Clinical Skills. *The ABNF Journal*. 96-102.

Carruthers, H., Astin, F. & Munro, W. (2017). Which alternative communication methods are effective for voiceless patients in Intensive Care Units? A systematic review. *Intensive and Critical Care Nursing*, 42, 88-96. doi: 10.1016/j.iccn.2017.03.003

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (CHULC). (2018). Portal do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, E.P.E. Disponível em <http://www.chlc.min-saude.pt/>

Chiew, A., Glud, C., Brok, J. & Buckley, N. (2018). Interventions for paracetamol (acetaminophen) overdose (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews 2018*, Issue 2. Doi: 10.1002/14651858.CD003328.pub3.

Conceição, M. (2016). *Adequação dos recursos humanos às necessidades de trabalho*. (Master's thesis, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar). Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/89733/2/170933.pdf>

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Versão 2015*. Edição Portuguesa. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Correia, T., Martins, M. & Forte, E. (2020). Gestão de Enfermagem: Estratégias para a Segurança de Clientes e Profissionais. *Millenium*. 2(11), 73-80. Doi: <https://doi.org/10.29352/mill0211.08.00264>

Coutinho F. & Ramessur A. (2016). An Overview of Teaching Communication of Bad News in Medical School: Should a Lecture be Adequate to Address the Topic?. *Acta Médica Portuguesa*. 29(12), 826–831. <http://dx.doi.org/10.20344/amp.7909>

Direcção-Geral da Saúde (DGS). (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa. Disponível em <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>

Direção Geral de Saúde (DGS). (2015a). “*Feixe de Intervenções*” de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico. Norma nº 020/2015, de 15/12/2015. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202015-de-15122015-pdf.aspx>

Direção Geral de Saúde (DGS). (2015b). “*Feixe de Intervenções*” de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central. Norma nº 022/2015, de 16/12/2015. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222015-de-16122015-pdf1.aspx>

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

Direção Geral de Saúde (DGS). (2017b). *“Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação*. Norma nº 021/2017, de 30/05/2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015-pdf.aspx>

Direção Geral de Saúde (DGS). (2017c). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos*. Disponível em https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

Direção Geral de Saúde (DGS). (2017d). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor*. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-da-dor-pdf.aspx>

Direção Geral de Saúde (DGS). (2017e). *Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto*. Norma nº 015/2017, de 13/07/2017. Disponível em <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/10/i023807.pdf>

Direção Geral de Saúde (DGS). (2017f). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares 2017*. Disponível em <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-892489-pdf.aspx?v=%3D%3DDwAAAB%2BLCAAAAAAABArySzlzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA>

Direção Geral de Saúde (DGS). (2017g). *“Feixe de Intervenções” de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical*. Norma nº 019/2017, de 30/05/2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0192015-de-15122015-pdf.aspx>

Dithole, K., Sibanda, S., Moleki, M.M. & Thupayagale-Tshweneagae, G. (2016). Exploring Communication Challenges Between Nurses and Mechanically Ventilated Patients in the Intensive Care Unit: A Structured Review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*,13(3), 197-206. doi: 10.1111/wvn.12146

Dithole, K.S., Thupayagale-Tshweneagae, G., Akpor, O.A. & Moleki, M.M. (2017). Communication skills intervention: promoting effective communication between nurses and mechanically ventilated patients. *BioMed Central Nursing*, 16(74), 1-6. doi: 0.1186/s12912-017-0268-5

Egerod, I., Bergbom, I., Lindahl, B., & Henricson, M. (2015). The patient experience of intensive care: A meta-synthesis of Nordic studies. *International Journal of Nursing Studies*, 52, 1354-1361. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.04.017

Engström, A., Nyström, N., Sundelin, G. & Rattray, J. (2013). People's experiences of being mechanically ventilated in an ICU: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29, 88-95. doi: 10.1016/j.iccn.2012.07.003.

Estilita, J. (2015). Analgesia, Sedação e Delirium. In P. Ponce & J.J. Mendes (Eds.) *Manual de Medicina Intensiva* (pp. 61-69). Lisboa: Lidel.

Fawcett, J. (2005). Criteria for Evaluation of Theory. *Nursing Science Quarterly*, 18(2). 131-135.

Freitas, P. & Martinho, A. (2015). Insuficiência Respiratória. In P. Ponce & J.J. Mendes (Ed.) *Manual de Medicina Intensiva* (pp. 81-86). Lisboa: Lidel.

Fukuda, T., Sakurai, H. & Kashiwagi, M. (2020). Impact of having a certified nurse specialist in critical care nursing as head nurse on ICU patient outcomes. *PLoS ONE*. 15(2), 1-9. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228458>

Graça, A., Silva, N., Correira, T. & Martins, M. (2017). Transporte inter-hospitalar do doente crítico: a realidade de um hospital do nordeste de Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*. SerIV(15). 133-144. Disponível em <https://doi.org/10.12707/RIV17042>

Grochtdreis, T.; de Jong, N.; Harenberg, N.; Görres, S. & Schröder-Bäck, P. (2016). Nurses' roles, knowledge and experience in national disaster preparedness and emergency response: A literature review. *South Eastern European Journal of Public Health*. 7: 1-19. doi:10.4119/UNIBI/SEEJPH-2016-133

Grossbach, I.; Stranberg, S. & Chlan, L. (2011). Promoting Effective Communication for Patients Receiving Mechanical Ventilation. *Critical Care Nurse*. 31(3), 46-61.

Happ, M.B., Garrett, K.L., Tate, J.A., DiVirgilio, D., Houze, M.P., Demirci, J.R., ... Sereika, S.M. (2014). Effect of a multi-level intervention on nurse-patient communication in the intensive care unit: Results of the SPEACS trial. *Heart & Lung*, 43, 89-98. doi: 10.1016/j.hrtlng.2013.11.010

Holm, A. & Dreyer, P. (2017). Nurse-patient communication within the context of non-sedated mechanical ventilation: A hermeneutic phenomenological study. *British Association of Critical Care Nurses*, 23(2), 88-94. doi: 10.1111/nicc.12297

Hosseini, SR., Valizad-hasanloei, MA. & Feizi, A. (2018). The Effect of Using Communication Boards on Ease of Communication and Anxiety in Mechanically Ventilated Conscious Patients Admitted to Intensive Care Units. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 23, 358-362. Doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR_68_17

Howard, P. & Steinmann, R. (2011). *Enfermagem de Urgência da Teoria à Prática*. 6ªed. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-63-9.

International Council of Nurses (ICN) (2009). *ICN Framework of Disaster Nursing Competencies*. Geneve: International Council of Nurses. ISBN 978-92-95065-79-6

Joanna Briggs Institute (JBI) (2014a). Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition. *The Joanna Briggs Institute*. Disponível em <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual-2014.pdf>.

Joanna Briggs Institute (JBI) (2014b). *JBI Levels of Evidence*. The Joanna Briggs Institute. Disponível em https://wiki.joannabriggs.org/display/JSW/Resources?preview=%2F28706180%2F37552895%2FJBI-Levels-of-evidence_2014.pdf

Karlsen, M.W., Ølnes, M.A. & Heyn, L.G. (2018). Communication with patients in intensive care units: a scoping review. *British Association of Critical Care Nurses*, 1-17. doi: 10.1111/nicc.12377

Kózka, M., Segá, A., Wojnar-Gruszka, K., Tarnawska, A. & Gniadek, A. (2020) Risk Factors of Pneumonia Associated with Mechanical Ventilation. *International Journal of Environment Research and Public Health*. 656(17), 1-7. doi:10.3390/ijerph17020656

Labrague, L.J.; Hammad, K.; Gloe D.S.; McEnroe-Petitte, D.M.; Fronda, D.C.; Obeidat, A.A.; Leocadio M.C.; Cayaban A.R. & Mirafuentes E.C. (2017). Disaster preparedness among nurses: a systematic review of literature. *International Nursing Review*. 65(1), 41–53. doi: 10.1111/inr.12369

Marques, M. D., Vaz, A. F., Leite, A. S., Araújo, C. S., Condeço, C. R., & Ribeiro de Deus, J. (2020). Prevalence of Cardiovascular Risk Factors in the Elderly Population of Alentejo: Integrative Review. In C. Fonseca, M. Lopes, D. Mendes, F. Mendes, & J. García-Alonso (Eds.), *Handbook of Research on Health Systems and Organizations for an Aging Society* (pp. 185-195). Hershey, PA: IGI Global. doi:10.4018/978-1-5225-9818-3.ch014

Meleis, A.I. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.

Meleis, A.I. (2012). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. 5.^a Ed. Pennsylvania: Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.

Meleis, A.I., Sawyer, L.M., Im, E., Messias, D.K. & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1). 12-28.

Melo, L., Figueiredo, L., Pereira, J., Flores, P. & Cavalcanti, A. (2019). Efeito do programa educativo na qualidade do registro do Processo de Enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*. 32(3), 246-253. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900034>

Ministério da Saúde (MS) (1996). Decreto-Lei n.º 161/1996. Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República*, n.º 205/1996, Série I-A (4 de setembro de 1996), pp. 2959 – 2962.

Ministério da Saúde (MS) (2009). Decreto-Lei n.º 248/2009. Define o regime da carreira especial de enfermagem. *Diário da República*, n.º 184/2009, Série I (22 de setembro de 2009), pp.6761 – 6765.

Ministério da Saúde (MS) (2012). Decreto-Lei n.º 34/2012. Aprova a orgânica do Instituto Nacional de Emergência Médica, I. P.. *Diário da República*, n.º 32/2012, Série I (12 de fevereiro de 2012), pp. 748 – 750

Ministério da Saúde (MS) (2014). Despacho n.º 5561/2014. Define os meios de emergência pré-hospitalares de suporte avançado e imediato de vida do INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica, IP. *Diário da República*, n.º 79/2014, Série II (23 de abril de 2014), pp. 11123 – 11124.

Ministério da Saúde (MS) (2015a). Despacho n.º 5613/2015. Aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. *Diário da República*, n.º 102/2015, Série II (27 de maio de 2015), pp. 13550 – 13553.

Ministério da Saúde (MS) (2015b). Despacho n.º 1400-A/2015. Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário da República*, n.º 28/2015 1º Suplemento, Série II (10 de fevereiro de 2015), pp. 3882(2) – 3882(10).

Moura, D., Almeida, D., Santos, J., Andrade, A., Nunes, A., Leite, A., ... Berté, R. (2020). Atuação do enfermeiro no atendimento pré- hospitalar: dificuldades e riscos vivenciados na prática clínica. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*. 31(1), 81-89.

Netto, L., Silva, K. & Rua, M. (2018). Prática reflexiva e formação profissional: aproximações teóricas no campo da Saúde e da Enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 22(1), Doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2017-0309

Nunes, L. (2015). Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. *Revista Bioética (Impressa)*, 23(1). 187-199. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015231059>

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-doscuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011a). Regulamento n.º 122/2011. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2.ª Série – nº 35 (18 de fevereiro de 2011), p. 8648-8653.

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011b). Regulamento n.º 124/2011. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Diário da República, 2.ª Série – nº 35 (18 de fevereiro de 2011), p. 8656-8657.

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2012). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiros de Cuidados Gerais*. Lisboa: Autor. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2014). Regulamento n.º 533/2014. Regulamento para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 223 (2 de dezembro de 2014), pp. 30247-30254.

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2017). *Padrões De Qualidade Dos Cuidados Especializados Em Enfermagem Médico-Cirúrgica: - Na Área De Enfermagem À Pessoa Em Situação Crítica; - Na Área De Enfermagem À Pessoa Em Situação Paliativa; - Na Área De Enfermagem À Pessoa Em Situação Perioperatória; - Na Área De Enfermagem À Pessoa Em Situação Crónica*. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidadeemc_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2018). Regulamento n.º 429/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República*, 2.ª série - n.º 135 (16 de julho de 2018), pp. 19359-19370.

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2019). Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª Série – nº 26 (6 de fevereiro 2019), p. 4744-4750.

Ortega, M., Cecagno, D., Llor, A., Siqueira, H., Montesinos, M. & Soler, L. (2015). Formação académica do profissional de enfermagem e sua adequação às atividades de trabalho. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 23(3), 404-410. Doi: 10.1590/0104-1169.0432.2569

Otuzoglu, M. & Karahan, A. (2014). Determining the effectiveness of illustrated communication material for communication with intubated patients at an intensive care unit. *International Journal of Nursing Practice*, 20, 490-498. Doi: 10.1111/ijn.12190

Pedrosa, K., Oliveira, I., Feijão, A. & Machado, R. (2015). Enfermagem Baseada em Evidência: Caracterização dos Estudos no Brasil. *Cogitare Enfermagem*. 20(4), 733-741. Doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i4.40768> '

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Potter, P.A. & Perry, A.G. (2006). *Fundamentos de Enfermagem – Conceitos e Procedimentos*. Loures: Lusociência.

Rezende, R.C.; Oliveira, R.M.; Araújo, S.T. & Guimarães, T.C. (2015). Body language in health care: a contribution to nursing communication. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 68(3), 430-436. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680316i>

Ribeiro, O.; Martins, M.; Carvalho, A.; Santos, L. & Viana, M. (2018). Views on nursing education in Portugal. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. 19(e3313), 1-8. Doi: 10.15253/2175-6783.2018193313.

Riley, J.B. (2004). *Comunicação em Enfermagem*. 4^a ed. Loures: Lusociência.

Rodrigues, M.S., Santana, L.F., Galvão, I.M. (2017). Utilização do ABCDE no atendimento do traumatizado. *Revista Med*. 96(4): 278-280. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v96i4p278-280>

Ruivo, M.; Ferrito, C. & Nunes, L. (Eds) (2010). Metodologia de Projecto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, (15), 1-37. Disponível em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Sá, F., Botelho, M. & Henriques, M. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem*. 19(1), 31-46.

Santos, B., Sá, F., Pessan, J., Criveralo, L., Bergamo, L., Gimenez, V., ... Plantier, G. (2018). Formação e práxis do enfermeiro à luz das teorias de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 72(2), 593-597. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0394>

Santos, R.; Janini, J. & Oliveira, H. (2019). A transição na amamentação de crianças com fenda labial e palatina. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 23(1), 1-7. Doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2018-0152.

Santos L., Janini J., Souza V. & Santos R. (2019) Transition to motherhood and mothering for women in wheelchairs: a nursing perspective. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(3), 290-296. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0843>

Serviço de Urgência Geral. (SUG). (2014). *Plano de ação do serviço de urgência geral*. Setúbal: Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Disponível em *intranet*.

Serviço de Urgência Geral. (SUG). (2018). *Relatório de dados de 2017 do serviço de urgência geral*. Setúbal: Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Disponível em *intranet*.

Silva, A. & Alcântara, J. (2015). Coma e Estados Alterados da Consciência. In P. Ponce & J.J. Mendes (Ed.) *Manual de Medicina Intensiva* (pp. 3-18). Lisboa: Lidel.

Silva, R., Finamore, E., Silva, E. & Barbosa, V. (2015). O papel do enfermeiro como educador e pesquisador, e a integração entre prática baseada em evidências e educação permanente. *Percurso Académico*. 5(10), 417-430. Disponível em <http://periodicos.pucminas.br/index.php/percursoacademico/article/download/2313/9268/0>

Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (OM & SPCI). (2008). *Transporte de Doentes Críticos Recomendações*. Disponível em <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>

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, 171-178. doi: 10.1016/j.iccn.2014.10.004.

Torres, J. (2017). *Capacitação do doente nos cuidados de saúde primários – Da comunicação médico-doente aos resultados terapêuticos obtidos*. (Master's thesis, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar). Disponível em https://sigarra.up.pt/fep/pt/pub_geral.show_file?pi_doc_id=128106

Universidade de Évora (UE) (2015). *NCE/14/01772 – Apresentação de Pedido corrigido - Novo ciclo de estudos*. Disponível em https://www.ipportalegre.pt/media/filer_public/8b/f9/8bf9ede9-ec5c-423d-96d9-76a8d9e1b057/mestrado_em_enfermagem.pdf

Yıldırım, S.; Durgu, N.; Özdeş, A.B. & Özdemir, N. (2020). The correlation of communication skills and emotional expressions among nursing students in Turkey: A public university sample. *Nursing Practice Today*. 7(3), 190-197.

APÊNDICES

Apêndice I – Projeto de Estágio do Estágio 1

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica
2º Curso
Ano Letivo: 2017-2018

Unidade Curricular:
Estágio 1

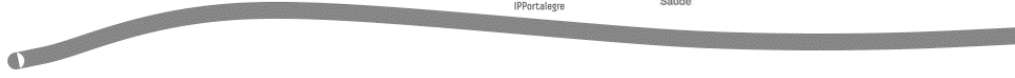
Projeto de Estágio

Docente:
Professora Mariana Pereira

Discente:
Ana Sofia Leite

Setúbal, 2018

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica
2º Curso
Ano Letivo: 2017-2018

Unidade Curricular:
Estágio 1

Projeto de Estágio

Docente:
Professora Mariana Pereira

Discente:
Ana Sofia Leite, n.º 170531059

Setúbal, 03 de julho de 2018

Estarás morto no dia em que disseres: Basta!
Por isso, faz cada vez mais, avança sempre, caminha sempre, jamais voltes e nunca te desvies do caminho.

Santo Agostinho

SIGLAS E ABREVIATURAS

APA 6th	«American Psychological Association 6th Edition»
AVC	Acidente Vascular Cerebral
EEE-MC	Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
EEE-PSC	Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica
EMC:PSC	Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica
EPI	Equipamento de Proteção Individual
GLC-PPCIRA	Grupo de Coordenação Local do Plano de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P.
PPCIRA	Plano de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos
SIV	Suporte Imediato de Vida
SUG	Serviço de Urgência Geral
VMER	Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	6
1. ENQUADRAMENTO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO	7
1.1 SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL – HOSPITAL DE SÃO BERNARDO	7
1.1.1 Caracterização dos Recursos Humanos	7
1.1.2 Caracterização do Espaço Físico	8
1.2 VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO - SETÚBAL	10
1.3 AMBULÂNCIA DE SUPORTE IMEDIATO DE VIDA - LISBOA	10
2. PLANO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	11
2.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	11
2.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	21
CONCLUSÃO	35
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Estágio 1, do 2º Curso de Mestrado em Associação - Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica [EMC:PSC], da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal, ano letivo 2017-2018, foi-me proposta a realização de um Projeto de Estágio com um Plano de Desenvolvimento de Competências.

O presente estágio teve a duração de 130 horas de contacto, distribuídas ao longo de 6 semanas, entre 125 horas de estágio e 5 horas de orientação tutorial, decorreu no contexto de um Serviço de Urgência Geral Médico-Cirúrgica (SUG) de um hospital da Região de Lisboa e Vale do Tejo. Com o objetivo de aumentar as oportunidades de aprendizagem em diferentes contextos, 32 horas foram realizadas em meios de emergência pré-hospitalar do Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P. (INEM). Nomeadamente 8 horas na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) e 24 horas na ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV).

O principal objetivo deste trabalho é refletir o Plano de Desenvolvimento de Competências definido para o referido estágio, bem como a posterior avaliação da sua concretização.

Estruturalmente este trabalho divide-se em duas partes, em primeiro lugar um breve enquadramento dos contextos onde decorreu o estágio, onde é possível perceber a estrutura e funcionamento geral dos mesmos. Em segundo lugar, o Plano de Desenvolvimento de Competências dividido em dois subcapítulos, entre as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

De seguida é apresentada a Conclusão na qual exporei uma breve reflexão acerca das aprendizagens obtidas através da elaboração deste trabalho, a sua importância para o percurso de aprendizagem e a análise dos objetivos a que inicialmente nos propusemos. Por fim figuram as Referências Bibliográficas utilizadas na elaboração deste trabalho.

Todo este trabalho segue as diretrizes do novo acordo ortográfico português e foi elaborado com base na norma de referência «American Psychological Association 6th» [APA 6th].

1. ENQUADRAMENTO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

1.1 SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL MÉDICO-CIRÚRGICA

Este centro hospitalar integra desde 2005 dois hospitais, que têm por missão “a promoção da saúde a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades dos hospitais que o compõem, prestando cuidados de saúde especializados, com respeito pela dignidade dos doentes, e estimulando o desenvolvimento pessoal dos seus colaboradores, num quadro de qualidade, eficiência e eficácia organizativa” (CHS, 2015, p.1).

A política de enfermagem do hospital tem como missão “a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem nesta instituição, promovendo a sua melhoria contínua, e reconhecendo como princípio determinante para a qualidade dos cuidados de enfermagem a adoção de todos os documentos legislativos e padrões orientadores do exercício profissional” (CHS, 2015, p.1).

O SUG é uma Urgência Médico-Cirúrgica, que tem como missão: “o atendimento dos doentes urgentes e emergentes, prestando-lhes os cuidados adequados à sua situação clínica, articulando-se com as demais estruturas institucionais, estatais e não estatais, que atuam no âmbito do SNS direta ou indiretamente, desde a área pré-hospitalar à hospitalar” (SUG, 2014, p.4). Este centro hospitalar abrange cerca de 350.000 habitantes, e o SUG recebe cerca de 90.000 episódios de urgência de adultos por ano, tendo apresentado uma média de 234 pessoas por dia em 2012, tendo sido inicialmente pensado para receber 150 a 200 pessoas diariamente. (SUG, 2014)

Sendo uma Urgência Médico-Cirúrgica possui diversas valências médicas, a grande maioria delas com funcionamento durante 24 horas/dia. Está instituído neste serviço a via verde Acidente Vascular Cerebral (AVC), protocolo sépsis e via verde coronária, sempre disponíveis.

1.1.1 Caracterização dos Recursos Humanos

O serviço é constituído por uma equipa de enfermagem e de assistentes operacionais fixa. A equipa médica é rotativa realizando horas de cuidados no serviço consoante uma escala, nas diversas especialidades que representam. O diretor clínico do SUG encontra-se fixo ao serviço onde realiza todo o seu horário.

A equipa de enfermagem, atualmente, é constituída por cerca de 70 Enfermeiros. Uma enfermeira coordenadora e um segundo enfermeiro também em funções de Gestão. Os restantes elementos da equipa de enfermagem estão distribuídos por cinco equipas que funcionam em horários rotativos entre si durante 24h por dia. Cada equipa tem um chefe de equipa, todos eles especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A equipa de enfermagem é na sua grande maioria constituída por elementos mais jovens, uma vez que cerca de 75% dos elementos se encontra numa faixa etária abaixo dos 35 anos e tempo de exercício profissional no SUG inferior a dez anos. No que diz respeito ao número de enfermeiros por turno, o desejável é estarem 14 elementos nos turnos da manhã e tarde e 11 no turno da noite, no entanto, verifica-se que em alguns turnos manhã e tarde apenas se encontram 12 a 13 elementos e em todos os turnos da noite apenas estão escalados 10 elementos.

A equipa de assistentes operacionais é constituída por cinquenta e cinco elementos, duas delas em horário fixo no turno da manhã e as restantes também divididas em cinco equipas de horário rotativo; sendo que cada uma dessas equipas está alocada a cada uma das equipas de enfermagem. Ainda no que diz respeito aos recursos humanos são também elementos constituintes da equipa multidisciplinar do SUG: duas administrativas com funções de secretaria e apoio à gestão do serviço fixa ao mesmo; cinco técnicos de cardiopneumologia; quatro funcionárias fixas ao gabinete do utente e os funcionários administrativos, que se encontram na entrada do serviço, no gabinete de admissão do SUG e que acumulam funções na Urgência Pediátrica.

1.1.2 Caraterização do Espaço Físico

O SUG divide-se em duas áreas, ambulatório e unidade de internamento de curta duração, designado por Serviço de Observação.

A área de ambulatório é constituída por vários setores. Na entrada existem dois gabinetes de admissão, onde são efetuadas as inscrições dos utentes no SUG. Em seguida, encontram-se dois gabinetes de triagem, junto aos quais existe o gabinete do utente. Após a triagem, os utentes aguardam na sala de espera, são encaminhados para algum setor ou esperam na zona já dentro do serviço em frente aos oito gabinetes médicos. Os médicos encontram-se distribuídos por quatro gabinetes de atendimento geral, um gabinete de cirurgia, um gabinete de psiquiatria, um gabinete de ortopedia e um gabinete de atendimento pela especialidade de medicina interna. No que diz respeito ao atendimento médico, existe ainda uma sala de pequena cirurgia, com equipamento necessário para pequenos procedimentos cirúrgicos.

Outros dois espaços existentes são a sala de emergência, com capacidade física para atendimento a duas pessoas em situação crítica e a sala aberta, um espaço aberto e amplo, onde os doentes com necessidade de maior vigilância ou administração de oxigénio permanecem. Perto desta área, encontra-se a sala de tratamentos, onde são efetuados alguns procedimentos de enfermagem. Na área de ambulatório existem ainda o gabinete de eletrocardiograma e a sala de colheita de sangue, com técnico 24h por dia.

Existe ainda um espaço designado por Balcão de Atendimento Complementar, que se localiza num edifício junto ao SUG, mas fisicamente separado. Para esta área são encaminhados os doentes autónomos e de prioridade pouco urgente ou não urgente na triagem de *Manchester*. Este serviço encontra-se aberto todos os dias das 10h às 23h, sendo composto por dois balcões de atendimento médico, sala de enfermagem e zona de assistentes operacionais.

Por fim, no que diz respeito às especialidades, o SUG dispõe das especialidades de medicina interna, ortopedia e cirurgia geral 24h por dia. Já a psiquiatria apenas se encontra disponível das 8h às 20h diariamente. A urgência de oftalmologia, por sua vez, apenas é efetuada das 9h às 20h em dias úteis e num espaço de consultas externas fora do SUG, tendo no entanto os utentes de fazer inscrição na urgência e serem encaminhados após a triagem.

A área de internamento corresponde a uma unidade onde lhes são fornecidos cuidados diferenciados em situações agudas e instáveis durante as primeiras 24h de permanência no SUG, podendo posteriormente terem alta para o exterior, serem transferidos para outra instituição ou outros serviços de internamento do centro hospitalar. No entanto, muitas vezes os utentes permanecem mais de 24h nesta área por inexistência de vagas nos restantes serviços (SUG, 2014).

Este espaço está concebido para receber 19 pessoas, sendo essa a taxa de ocupação de 100%, todas as vagas possuem rampa de oxigénio e 16 equipamentos de monitorização cardiorespiratória. Contudo, com as alterações demográficas tem-se verificado a necessidade de colocar mais doentes em internamento, chegando em alturas críticas a taxas de ocupação de 250%, transformando o corredor externo noutra área de internamento, sem monitor e sem rampa de oxigénio (SUG, 2014).

1.2 VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO

O INEM tem como missão “definir, organizar, coordenar, participar e avaliar as atividades e o funcionamento de um Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correta prestação de cuidados de saúde” (Decreto de Lei nº 34/2012, p.748). O instituto deve assegurar a prestação de cuidados medicalizados e não medicalizados de emergência médica pré-hospitalar, bem como a respetiva articulação com ou serviços de urgência e emergência, providenciando a adequada referenciação e transporte do doente urgente. (Decreto de Lei nº 34/2012)

A VMER integra a rede de emergência pré-hospitalar com a prestação de cuidados medicalizados, dispondo de equipamento de Suporte Avançado de Vida. A equipa deste meio é constituída por um médico e um enfermeiro e o seu objetivo é tornar possível “o transporte rápido de uma equipa médica diretamente ao local onde se encontra o doente/sinistrado” (Despacho nº 5561/2014, p.11124), permitindo a sua estabilização em ambiente pré-hospitalar e o acompanhamento médico de doentes críticos durante o transporte. (Despacho nº 5561/2014)

As VMER devem integrar-se em Serviços de Urgência Polivalente e Serviços de Urgência Médico-Cirúrgica, nesse sentido esta VMER encontra-se integrada no SUG, sendo este da última tipologia, como referido anteriormente. Em funcionamento desde 2012, esta VMER tem atualmente uma equipa de enfermagem e médica composta apenas por colaboradores do respetivo centro hospitalar, como recomendado pela legislação. (Despacho nº 5561/2014)

1.3 AMBULÂNCIA DE SUPORTE IMEDIATO DE VIDA

A ambulância SIV integra também a rede de emergência pré-hospitalar com a prestação de cuidados medicalizados, dispondo de equipamento de Suporte Imediato de Vida. A sua equipa é constituída por um enfermeiro e um técnico de ambulância de emergência. Este meio foi concebido para o transporte com acompanhamento de doentes críticos, permitindo a sua estabilização em ambiente pré-hospitalar. (Despacho nº 5561/2014)

As ambulâncias SIV devem integrar-se em Serviços de Urgência Básica, sendo esta ambulância SIV uma das exceções, uma vez que tem a sua base num edifício do INEM. A equipa de enfermagem é composta por cerca de 10 elementos, todos com horário de trabalho a tempo inteiro no INEM, sendo um dos enfermeiros responsável pela coordenação deste meio INEM.

2. PLANO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O enfermeiro especialista deve demonstrar um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em consideração “as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde” (OE, 2010a, p.2), demonstrando-o através de níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão. As competências do enfermeiro especialista decorrem de um aprofundamento das competências do enfermeiro de cuidados gerais, mantendo a coerência com as mesmas. (OE, 2010a)

Como referem Ribeiro, Martins, Carvalho, Santos e Viana (2018) nos contextos de prática clínica os estudantes têm oportunidade de praticar e aprofundar os conhecimentos adquiridos. Ao serem confrontados com situações reais, com o acompanhamento adequado, é permitido o desenvolvimento de competências com sucesso.

Tendo isto em consideração, concebi para o presente estágio um Plano de Desenvolvimento de Competências, que foi discutido com a enfermeira orientadora, no sentido de ser profícuo e ajustado à realidade do contexto. Nele propus-me a desenvolver diversas atividades ao longo do estágio que concorrem para o desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, que descrevo de seguida, bem como a posterior avaliação.

2.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Em qualquer uma das áreas de especialidade em enfermagem existe um domínio de competências que são comuns à atuação de todos os enfermeiros e aplicáveis a todos os contextos de prestação de cuidados de enfermagem. Estas competências envolvem “dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem” (OE, 2010a, p.2). No presente subcapítulo apresento as atividades que me propus a realizar neste estágio para promover o desenvolvimento deste conjunto de competências.

A - Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

A1 - Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção

A1.1 - Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada

A1.2 - Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas

A1.3 - Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade

A1.4 - Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão

A2 - Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

A2.1 - Promove a proteção dos direitos humanos

A2.2 - Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente

(OE, 2010a)

Objetivos

- Mobilizar conhecimentos adquiridos na unidade curricular “Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem”;
- Manter a tomada de decisão ética desenvolvida ao longo da prática profissional de enfermagem de cuidados gerais, na prática de enfermagem especializada;
- Manter a tomada de decisão suportada em princípios, valores e normas deontológicas e promotora do respeito pelo cliente/família, nas suas crenças e vontade;
- Aumentar a minha participação nos processos de tomada de decisão ética da equipa;
- Sensibilizar a equipa para a prática de cuidados segura, que respeita a privacidade e a dignidade do cliente.

Atividades Propostas

- Manter a intervenção baseada na tomada de decisão ética no contexto da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica;
- Reflexão crítica com a enfermeira orientadora sobre a tomada de decisão ética após as situações de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica;

- Reflexão crítica com a enfermeira orientadora sobre a gestão de situações de discordância entre a equipa multidisciplinar;
- Assegurar a privacidade da pessoa e família na sala de reanimação.

B – Domínio da Melhoria da Qualidade

B1 - Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica

B1.1 - Inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade

B1.2 - Incorpora diretivas e conhecimentos na prática

B2 - Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade

B2.1 - Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado;

B2.2 - Planeia programas de melhoria contínua;

B2.3 - Lidera programas de melhoria contínua.

B3 - Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro

B3.1 - Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo;

B3.2 - Gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais.

(OE, 2010a)

Objetivos

- Mobilizar conhecimentos adquiridos na unidade curricular “Gestão em Saúde e Governação Clínica”;
- Mobilizar conhecimentos adquiridos na unidade curricular “Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde”;
- Aumentar a qualidade de cuidados através da comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde;

- Aumentar o conhecimento sobre a conceção de programas de melhoria contínua;
- Aumentar o conhecimento sobre de a implementação de programas de melhoria contínua;
- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a promoção de um ambiente seguro para o cliente e família na prática de cuidados;
- Sensibilizar a equipa de enfermagem para as políticas institucionais de gestão de risco.

Atividades Propostas

- Reflexão crítica com a enfermeira orientadora sobre a intervenção em situações de cuidado à pessoa em situação crítica;
- Observar e acompanhar as tarefas inerentes à função de chefe de equipa de enfermagem;
- Sessão de formação sob o tema “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”.
- Explorar e conhecer documentos oficiais do centro hospitalar disponíveis na *intranet*, nomeadamente:
 - + Plano de Qualidade do centro hospitalar;
 - + Procedimentos e protocolos de qualidade com aplicação no SUG;
 - + Procedimentos e protocolos de qualidade em contexto de cuidados à pessoa em situação crítica;
- Capacitar a pessoa e/ou família para a continuidade de cuidados;
- Pesquisa bibliográfica sobre as políticas institucionais de gestão de risco.

C – Domínio da gestão dos cuidados

C1 - Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa

C1.1 - Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão

C1.2 - Orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e qualidade

C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados

C2.1 - Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados

C2.2 - Adapta o estilo de liderança e adequa-o ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos.

(OE, 2010a)

Objetivos

- Mobilizar conhecimentos adquiridos na unidade curricular “Gestão em Saúde e Governação Clínica”;
- Aumentar a minha participação nos processos de tomada de decisão na equipa multidisciplinar;
- Manter a orientação e supervisão das tarefas delegadas;
- Adaptar o estilo de liderança às necessidades, papéis e funções de cada membro da equipa dentro da respetiva instituição.

Atividades Propostas

- Reflexão com a enfermeira orientadora sobre o processo de tomada de decisão realizado em situações de cuidado à pessoa em situação crítica;
- Avaliar as tarefas e tomar decisão sobre a sua delegação;
- Orientar e supervisionar as tarefas delegadas;
- Promover o trabalho em equipa com outros profissionais de saúde;
- Gerir adequadamente recursos e prioridades no cuidado à pessoa em situação crítica;
- Observar e acompanhar a enfermeira orientadora nas tarefas de gestão da equipa multidisciplinar (enfermeiros e assistentes operacionais).
- Liderar a sessão de formação sob o tema “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”.

D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade

D1.1 - Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro

D1.2 - Gera respostas de elevada adaptabilidade individual e organizacional

D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

D2.1 - Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade

D2.2 - Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade

D2.3 - Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.

(OE, 2010a)

Objetivos

- Mobilizar conhecimentos adquiridos na unidade curricular “Investigação em Enfermagem”;
- Mobilizar conhecimentos adquiridos na unidade curricular “Formação e Supervisão em Enfermagem”;
- Aumentar de forma constante o meu autoconhecimento, conhecendo os recursos e limites pessoais e profissionais;
- Desenvolver estratégias para gestão eficaz de situações de conflito;
- Promover a formação da equipa de enfermagem;
- Manter a prática de cuidados baseada na evidência científica atual.

Atividades Propostas

- Integração na equipa de enfermagem e adaptação à organização institucional;
- Reflexão com a enfermeira orientadora acerca da prática profissional no contexto da instituição;
- Aprofundar conhecimentos no cuidado à pessoa em situação crítica, tendo por base a melhor evidência científica atual, através de pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas;
- Promover a formação da equipa de enfermagem, através da sessão de formação sob o tema “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”.

2.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A Ordem dos Enfermeiros (2010b, p.1) define pessoa em situação crítica como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”. Assim, os cuidados de enfermagem à pessoa situação crítica são altamente complexos e exigem uma continuidade de observação e colheita de dados, que permita a deteção precoce de complicações, por forma a conseguir a intervenção precisa, precoce, concreta, eficiente e em tempo útil. (OE, 2010b) Tendo isto em consideração, a Ordem dos Enfermeiros definiu um conjunto de competências que o EEE-PSC deve adquirir. No presente subcapítulo apresento as atividades que me propus a realizar neste estágio para promover o desenvolvimento deste conjunto de competências.

K1 - Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

K1.1 - Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica

K1.2 - Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos

K1.3 - Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas

K1.4 - Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica

K1.5 - Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde

K1.6 - Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica

(OE, 2010b)

Objetivos

- Mobilizar conhecimentos adquiridos na unidade curricular “Enfermagem Médico-Cirúrgica I”;
- Mobilizar conhecimentos adquiridos na unidade curricular “Enfermagem Médico-Cirúrgica II”;

- Mobilizar conhecimentos adquiridos na unidade curricular “Fisiopatologia e Intervenção Terapêutica em Enfermagem Especializada”;
- Melhorar a minha capacidade antecipatória de focos de instabilidade;
- Aumentar o meu conhecimento sobre os protocolos terapêuticos complexos aplicados na instituição;
- Aumentar a capacidade de gestão da ansiedade e medos vividos pela pessoa em situação crítica e de processos de luto vividos pelo cliente e/ou família;
- Desenvolver estratégias de comunicação eficazes com a pessoa e/ou família, perante situações complexas de situação crítica;
- Aumentar as estratégias facilitadoras da relação terapêutica com a pessoa em situação crítica, nomeadamente na presença de barreiras à comunicação.

Atividades Propostas

K1.1 - Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica

- Conhecer o SUG ao nível da sua estrutura, funcionamento e recursos disponíveis nos diferentes setores;
- Conhecer os recursos humanos e técnicos disponíveis no centro hospitalar e os respetivos horários;
- Planear os cuidados à pessoa em situação crítica de acordo com a sua situação clínica, encaminhando para o setor adequado do SUG;
- Avaliar a pessoa em situação crítica de acordo com a abordagem ABCDE, e realizar o respetivo registo;
- Prestar cuidados à pessoa em situação crítica sob ventilação mecânica invasiva;
- Acompanhar a pessoa em situação crítica no transporte intra-hospitalar;
- Acompanhar a pessoa em situação crítica no transporte pré-hospitalar.

K1.2 - Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos

- Conhecer os protocolos terapêuticos complexos utilizados no centro hospitalar;

- Conhecer os protocolos terapêuticos complexos utilizados nos meios de emergência pré-hospitalar do INEM;
- Prestar cuidados à pessoa em situação crítica na implementação da Via Verde AVC (Acidente Vascular Cerebral);
- Prestar cuidados à pessoa em situação crítica na implementação do Algoritmo de Suporte Avançado de Vida.

K1.3 - Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas

- Identificação da dor como parâmetro a monitorizar no doente internado no SUG;
- Conhecer intervenção e procedimento de referenciação da Equipa Intra-Hospitalar da Unidade da Dor no SUG.

K1.4 - Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica

- Permitir a presença da pessoa significativa/família na sala de emergência, se o estado clínico da pessoa o permitir.

K1.5 - Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde

- Esclarecer a pessoa e/ou família sobre a situação de saúde, se for a vontade da pessoa;
- Planear, realizar e avaliar a sessão de formação sob o tema “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”.

K1.6 - Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica

- Adquirir progressivamente maior autonomia na intervenção com a pessoa em situação crítica e família, nomeadamente na sala de emergência.

K2 - Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação

K2.1 - Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência

K2.2 - Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe

K2.3 - Gere os cuidados em situações de emergência e/ou catástrofe

(OE, 2010b)

Objetivos

- Mobilizar conhecimentos adquiridos na unidade curricular “Enfermagem Médico-Cirúrgica III”;
- Conhecer os planos de catástrofes e emergência regionais e nacionais;
- Aumentar os conhecimentos sobre a atuação em situação de exceção e catástrofe.

Atividades Propostas

- Conhecer os planos de catástrofe ou emergência da área de abrangência geográfica do centro hospitalar, nomeadamente:

+ Centro Hospitalar de Setúbal

+ Plano Municipal de Emergência de Proteção Civil de Setúbal

+ Plano Especial de Emergência de Proteção Civil para o Risco Sísmico na Área Metropolitana de Lisboa e Concelhos Limítrofes

+ Plano de Emergência Externo da Península da Mitrena

+ Plano Especial de Emergência de Proteção Civil para Riscos Químicos Graves em Palmela - Plano de Emergência Externo da Hempel;

- Refletir sobre o cuidado à pessoa em situação crítica em cenário com multi-vítimas;
- Acompanhar a enfermeira orientadora na gestão do serviço de urgência em situação de sobrelotação de doentes.

K3 - Maximiza 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 respostas em tempo útil e adequadas

K3.1 - Concebe um plano de prevenção e controlo da infeção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;

K3.2 - Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

(OE, 2010b)

Objetivos

- Mobilizar conhecimentos adquiridos na unidade curricular “Enfermagem Médico-Cirúrgica V”;
- Aumentar o conhecimento sobre a realização e implementação de planos de controlo de infeção, adequados à realidade do serviço e instituição;
- Sensibilizar a equipa para a adoção de práticas de controlo de infeção e reflexão do seu impacto e importância na prática de cuidados.

Atividades Propostas

- Conhecer e implementar o Plano de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA);
- Conhecer e implementar os planos de controlo de infeção existentes no centro hospitalar;
- Conhecer os enfermeiros do SUG que desempenham funções de elos de ligação ao Grupo de Coordenação Local do Plano de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA);
- Conhecer os equipamentos de proteção individual (EPI) disponíveis no SUG e a sua localização.

CONCLUSÃO

Com a realização deste trabalho penso ter atingido os objetivos a que me propus, uma vez que este espelha as atividades que me propus realizar ao longo deste processo de aquisição de competências, sendo visível a contribuição de cada atividade para o desenvolvimento de cada competência, uma vez que optei por enquadrá-las diretamente com o referencial de competências comuns e específicas do EEE-PSC.

Com a realização deste trabalho foi possível planejar as atividades propostas a realizar durante o estágio e estruturar da melhor forma o nosso percurso neste estágio.

A elaboração deste trabalho tornou-se em mais um desafio profícuo para a minha caminhada no desenvolvimento de competências de EEE-PSC, levando a uma reflexão crítica sobre o caminho a realizar neste estágio. Olhando para o caminho percorrido até agora, consigo já encontrar diferenças entre enfermeira que sou atualmente em relação à que era no início do percurso. No entanto, o caminho ainda está longe de terminar, e sinto que a realização deste estágio, e do seu planeamento espelhado neste trabalho, contribuirão bastante para a minha definição no rumo que pretendo seguir no restante percurso e prestarão um importante contributo inicial à aquisição de competências de EEE-PSC.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. (CHS). (2015). Política de enfermagem do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.. Setúbal. Disponível em *intranet*.
- Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. (CHS). (2015). Regulamento interno do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.. Setúbal. Disponível em: http://www.chs.min-saude.pt/media/Regulamento_Interno_CHS.pdf
- Decreto de Lei n° 34/2012 de 14 de fevereiro. *Diário da República n° 32/2012 - I Série*. Ministério da Saúde.
- Despacho n° 5561/2014. *Diário da República n° 79/2014 - II Série*. Ministério da Saúde.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2010a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 22 de junho de 2018, em:
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2010b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 22 de junho de 2018, em:
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- Ribeiro, O.; Martins, M.; Carvalho, A.; Santos, L. & Viana, M. (2018). Views on nursing education in Portugal. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. 19(e3313): 1-8. Acedido a 21 junho de 2018. DOI: 10.15253/2175-6783.2018193313.
- Serviço de urgência geral (SUG). (2014). *Plano de ação do serviço de urgência geral*. Setúbal: centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Disponível em *intranet*.

Apêndice II – Projeto de Estágio do Estágio Final

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica

2º Curso

Ano Letivo: 2018-2019

Unidade Curricular: Estágio Final

Projeto de Estágio

Docente:

Professora M^a Céu Marques

Discente:

Ana Sofia Leite

Setúbal, 2018

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica

2º Curso

Ano Letivo: 2018-2019

Unidade Curricular: Estágio Final

Projeto de Estágio

Docente:

Professora M^a Céu Marques

Discente:

Ana Sofia Leite, n.º 170531059

Setúbal, 20 de novembro de 2018

Estarás morto no dia em que disseres: Basta!

Por isso, faz cada vez mais, avança sempre, caminha sempre, jamais voltes e nunca te desvies do caminho.

Santo Agostinho

SIGLAS E ABREVIATURAS

APA 6th	American Psychological Association 6th Edition
CHULC	Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, E.P.E.
EEE-MC	Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
EEE-PSC	Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica
EMC:PSC	Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica
EPI	Equipamento de Proteção Individual
GLC-PPCIRA	Grupo de Coordenação Local do Plano de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos
HSJ	Hospital de São José
PPCIRA	Plano de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	6
1. ENQUADRAMENTO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO	7
1.1 1.1 UNIDADE DE URGÊNCIA MÉDICA – HOSPITAL DE SÃO JOSÉ – CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE LISBOA CENTRAL, E.P.E.	8
2. PROJETO DE ESTÁGIO	10
2.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	10
2.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	19
CONCLUSÃO	28
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Estágio Final, do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação - Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica [EMC:PSC], desenvolvido pelo conjunto de cinco escolas, composto por Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre e Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco, elaboro este documento que visa espelhar o Projeto de Estágio, a ser desenvolvido ao longo da unidade curricular.

O presente estágio tem a duração de 350 horas de contacto, distribuídas ao longo de 18 semanas, entre 336 horas de estágio e 14 horas de orientação tutorial. Decorrerá no contexto de uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) de um hospital da região de Lisboa e Vale do Tejo, integrante de um centro hospitalar com seis unidades hospitalares.

Estruturalmente este trabalho divide-se em duas partes, em primeiro lugar um breve enquadramento do contexto onde decorre o estágio, onde é possível perceber a estrutura e funcionamento geral do mesmo. Em segundo lugar, o Projeto de Estágio, este dividido em dois subcapítulos, entre as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

De seguida é apresentada a conclusão na qual exporei uma breve reflexão acerca da elaboração deste trabalho e da sua importância para o percurso de aprendizagem. Por fim figuram as referências bibliográficas utilizadas na elaboração deste trabalho.

Este trabalho encontra-se redigido de acordo com o novo acordo ortográfico português e está elaborado tendo por base a norma de referência «American Psychological Association 6th» [APA 6th].

4. ENQUADRAMENTO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

4.1 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

O centro hospitalar foi criado em 2007 quando juntou quatro hospitais. Mais tarde, em 2012, agrega a esta fusão mais dois hospitais, dando origem à sua composição atual. Em agosto de 2018, foi oficialmente reconhecido como centro universitário. (CHLC, 2018)

O hospital onde se encontra a UCI, cuja construção se iniciou em 1579, foi inicialmente um colégio sob a responsabilidade dos Jesuítas e apenas recebeu os primeiros doentes em 1755 provenientes do Hospital de Todos-os-Santos, depois de este ser destruído pelo terramoto que se fez sentir em Lisboa nesse ano. Desde então o edifício tem sido alvo de obras de modernização, mantendo os traços da sua origem conventual. Ao longo dos anos tem sido uma escola para os profissionais de saúde conhecida pela sua exigência e consequente qualidade de cuidados prestados à comunidade, bem como por ter um papel pioneiro no surgimento de novas especialidades médicas. Hoje continua a ser palco de uma medicina moderna, atualizada e pioneira em Portugal. (CHLC, 2018)

Este centro hospitalar pela sua elevada polivalência e diferenciação técnica admite doentes de uma área de referência geográfica alargada, com cerca de 2,3 milhões de habitantes. (CHLC, 2018) A UCI é um exemplo concreto dessa polivalência e diferenciação de tipologia de cuidados. Sendo uma unidade de internamento com tipologia de Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente de nível III, segundo a classificação da Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos, dispendo ainda de oito vagas com tipologia de cuidados intermédios (Nível I) (DGS, 2003). Para além das vagas de internamento tem outras valências, como a sala de técnicas de substituição da função renal, onde se deslocam os utentes que se encontram no Serviço de Urgência necessitando de recorrer a estas técnicas com urgência, ou outros utentes internados neste hospital, que não apresentem estabilidade clínica para se deslocar ao serviço de hemodiálise do centro hospitalar, localizado noutro hospital. A UCI dispõe ainda de uma sala para colocação de *pacemaker* ou eletrocatéter de emergência, à qual se deslocam os utentes que recorram ao Serviço de Urgência a quem seja identificada esta necessidade, sendo a equipa multidisciplinar da UCI a assegurar os cuidados a estes doentes. Existe ainda uma sala

disponível para receber doentes do protocolo de *Extracorporeal Cardiopulmonary Resuscitation* (eCPR), que prevê a utilização de *Extracorporeal Membrane Oxygenation* (ECMO) durante manobras de reanimação.

A equipa de enfermagem é constituída por cerca de 80 enfermeiros. Ao nível da gestão, para além da enfermeira chefe do serviço, existem quatro elementos de apoio à gestão que se encontram em horário fixo em dias úteis. Os restantes enfermeiros que se encontram na prestação de cuidados de enfermagem estão distribuídos em cinco equipas em horário rotativo, assegurando a distribuição de um enfermeiro para cada dois doentes de cuidados intensivos e um enfermeiro para quatro doentes de cuidados intermédios. Cada equipa tem ainda quatro elementos que podem assumir funções de “chefe de equipa”, sendo que em cada turno dois desses elementos assumem essas funções, ficando responsáveis pela gestão de recursos humanos e materiais, organização do serviço e apoio a procedimentos. A equipa de enfermagem trabalha também em parceria com uma equipa de assistentes operacionais. A equipa multidisciplinar é ainda constituída por uma equipa médica, maioritariamente da especialidade de Medicina Interna, contando com o apoio pontual de outras especialidades sempre que necessário. Fazem também parte da equipa da unidade dois assistentes técnicos nos dias úteis.

5. PROJETO DE ESTÁGIO

O enfermeiro especialista deve demonstrar um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em consideração “as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde” (OE, 2010a, p.2), demonstrando-o através de níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão. As competências do enfermeiro especialista decorrem de um aprofundamento das competências do enfermeiro de cuidados gerais, mantendo a coerência com as mesmas. (OE, 2010a)

Como referem Ribeiro, Martins, Carvalho, Santos e Viana (2018) nos contextos de prática clínica os estudantes têm oportunidade de praticar e aprofundar os conhecimentos adquiridos. Ao serem confrontados com situações reais, com o acompanhamento adequado, é permitido o desenvolvimento de competências com sucesso.

Tendo isto em consideração, concebi para o presente estágio um Projeto de Estágio, tendo em consideração a minha discussão prévia com o enfermeiro supervisor, no sentido de ser profícuo e ajustado à realidade do contexto. Nele proponho-me a desenvolver diversas atividades ao longo do estágio que concorrem para o desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, que descrevo de seguida.

5.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Em qualquer uma das áreas de especialidade em enfermagem existe um domínio de competências que são comuns à atuação de todos os enfermeiros e aplicáveis a todos os contextos de prestação de cuidados de enfermagem. Estas competências envolvem “dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita

avançar e melhorar a prática da enfermagem” (OE, 2010a, p.2). No presente subcapítulo apresento as atividades que me proponho a realizar neste estágio para promover o desenvolvimento deste conjunto de competências.

A - Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

A1 - Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção

A1.1 - Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada

A1.2 - Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas

A1.3 - Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade

A1.4 - Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão

A2 - Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

A2.1 - Promove a proteção dos direitos humanos

A2.2 - Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente

(OE, 2010a)

Objetivos

- Mobilizar conhecimentos adquiridos na unidade curricular “Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem”;
- Manter e otimizar a tomada de decisão ética desenvolvida ao longo da prática profissional de enfermagem de cuidados gerais, na prática de enfermagem especializada;
- Manter a tomada de decisão suportada em princípios, valores e normas deontológicas e promotora do respeito pelo cliente/família, nas suas crenças e vontade;
- Aumentar a minha participação nos processos de tomada de decisão ética da equipa;
- Sensibilizar a equipa para a prática de cuidados segura, que respeita a privacidade e a dignidade do cliente.

Atividades Propostas

- Manter a intervenção baseada na tomada de decisão ética no contexto da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica;
- Reflexão crítica com o enfermeiro orientador sobre a tomada de decisão ética após as situações de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica;
- Reflexão crítica com o enfermeiro orientador sobre a gestão de situações de discordância entre a equipa multidisciplinar;
- Assegurar a privacidade da pessoa e da família em todos os momentos de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

B – Domínio da Melhoria da Qualidade

B1 - Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica

B1.1 - Inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade

B1.2 - Incorpora diretivas e conhecimentos na prática

B2 - Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade

B2.1 - Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado;

B2.2 - Planeia programas de melhoria contínua;

B2.3 - Lidera programas de melhoria contínua.

B3 - Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro

B3.1 - Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo;

B3.2 - Gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais.

(OE, 2010a)

Objetivos

- Mobilizar conhecimentos adquiridos na unidade curricular “Gestão em Saúde e Governação Clínica”;
- Mobilizar conhecimentos adquiridos na unidade curricular “Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde”;
- Aumentar o conhecimento sobre a conceção de programas de melhoria contínua;
- Aumentar o conhecimento sobre de a implementação de programas de melhoria contínua;
- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a promoção de um ambiente seguro para o cliente e família na prática de cuidados;
- Sensibilizar a equipa de enfermagem para as políticas institucionais de gestão de risco.

Atividades Propostas

- Observar, acompanhar e refletir sobre as tarefas inerentes à função de chefe de equipa de enfermagem;
- Explorar e conhecer documentos oficiais do centro hospitalar disponíveis na *intranet*, nomeadamente:
 - + Plano de Qualidade;
 - + Procedimentos e protocolos de qualidade com aplicação na UCI;
 - + Procedimentos e protocolos de qualidade em contexto de cuidados à pessoa em situação crítica;
- Pesquisa bibliográfica sobre as políticas institucionais de gestão de risco.

C – Domínio da gestão dos cuidados

C1 - Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa

C1.1 - Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão

C1.2 - Orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e qualidade

C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados

C2.1 - Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados

C2.2 - Adapta o estilo de liderança e adequa-o ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos.

(OE, 2010a)

Objetivos

- Mobilizar conhecimentos adquiridos na unidade curricular “Gestão em Saúde e Governação Clínica”;
- Aumentar a minha participação nos processos de tomada de decisão na equipa multidisciplinar;
- Manter a orientação e supervisão das tarefas delegadas;

- Adaptar o estilo de liderança às necessidades, papéis e funções de cada membro da equipa dentro da respetiva instituição.

Atividades Propostas

- Reflexão com o enfermeiro orientador sobre o processo de tomada de decisão realizado em situações complexas de cuidado à pessoa em situação crítica;

- Avaliar as tarefas e tomar decisão sobre a sua delegação;

- Orientar e supervisionar as tarefas delegadas;

- Promover o trabalho em equipa com outros profissionais de saúde;

- Gerir adequadamente recursos e prioridades no cuidado à pessoa em situação crítica;

- Observar e acompanhar o enfermeiro orientador nas tarefas de gestão da equipa multidisciplinar (enfermeiros e assistentes operacionais).

D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade

D1.1 - Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro

D1.2 - Gera respostas de elevada adaptabilidade individual e organizacional

D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

D2.1 - Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade

D2.2 - Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade

D2.3 - Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.

(OE, 2010a)

Objetivos

- Mobilizar conhecimentos adquiridos na unidade curricular “Investigação em Enfermagem”;
- Mobilizar conhecimentos adquiridos na unidade curricular “Formação e Supervisão em Enfermagem”;
- Aumentar de forma constante o meu autoconhecimento, conhecendo os recursos e limites pessoais e profissionais;
- Desenvolver estratégias para gestão eficaz de situações de conflito;

- Promover a formação da equipa de enfermagem;
- Manter a prática de cuidados baseada na evidência científica atual.

Atividades Propostas

- Integração na equipa de enfermagem e adaptação à organização institucional;
- Reflexão com o enfermeiro orientador acerca da prática profissional no contexto da instituição;
- Aprofundar conhecimentos no cuidado à pessoa em situação crítica, tendo por base a melhor evidência científica atual, através de pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas;
- Participar no congresso científico “Status 5 | Trauma, Emergência, Reanimação - O estado da arte!”, organizado pelo Núcleo de Formação da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) do HSJ;
- Participar em atividades formativas com relevância científica;
- Promover a formação da equipa de enfermagem, nomeadamente no tema “Comunicação com a pessoa com entubação orotraqueal”;
- Elaborar uma revisão sistemática da literatura sob o tema “Comunicação com a pessoa com entubação orotraqueal”.

5.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A Ordem dos Enfermeiros (2010b, p.1) define pessoa em situação crítica como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”. Assim, os cuidados de enfermagem à pessoa situação crítica são altamente complexos e exigem uma continuidade de observação e colheita de dados, que permita a deteção precoce de complicações, por forma a conseguir a intervenção precisa, precoce, concreta, eficiente e em tempo útil. (OE, 2010b) Tendo isto em consideração, a Ordem dos Enfermeiros definiu um conjunto de competências que o EEE-PSC deve adquirir. No presente subcapítulo apresento as atividades que me proponho a realizar neste estágio para promover o desenvolvimento deste conjunto de competências.

K1 - Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

K1.1 - Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica

K1.2 - Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos

K1.3 - Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas

K1.4 - Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica

K1.5 - Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde

K1.6 - Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica

(OE, 2010b)

Objetivos

- Mobilizar conhecimentos adquiridos na unidade curricular “Enfermagem Médico-Cirúrgica I”;
- Mobilizar conhecimentos adquiridos na unidade curricular “Enfermagem Médico-Cirúrgica II”;
- Mobilizar conhecimentos adquiridos na unidade curricular “Fisiopatologia e Intervenção Terapêutica em Enfermagem Especializada”;
- Melhorar a minha capacidade antecipatória de focos de instabilidade;
- Aumentar o meu conhecimento sobre os protocolos terapêuticos complexos aplicados na instituição;
- Aumentar a capacidade de gestão da ansiedade e medos vividos pela pessoa em situação crítica e de processos de luto vividos pelo cliente e/ou família;
- Desenvolver estratégias de comunicação eficazes com a pessoa e/ou família, perante situações complexas de situação crítica;
- Aumentar as estratégias facilitadoras da relação terapêutica com a pessoa em situação crítica, nomeadamente na presença de barreiras à comunicação.

Atividades Propostas

K1.1 - Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica

- Conhecer a UCI ao nível da sua estrutura, funcionamento e recursos disponíveis;
- Conhecer os recursos humanos e técnicos disponíveis no centro hospitalar e a respetiva forma de encaminhamento, referenciação e colaboração (ex.: Serviço de Nutrição e Dietética, Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa, Gestão e Tratamento de Fardamento, etc.);
- Planear os cuidados à pessoa em situação crítica de acordo com a sua situação clínica;
- Aumentar conhecimentos e competências que me permitam melhorar a capacidade de antecipação da instabilidade clínica.

K1.2 - Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos

- Conhecer os protocolos terapêuticos complexos utilizados no centro hospitalar;
- Implementar os protocolos terapêuticos complexos do centro hospitalar com aplicação no contexto de prestação de cuidados de enfermagem na UCI;
- Prestar cuidados à pessoa em situação crítica sob ventilação mecânica invasiva;
- Prestar cuidados à pessoa em situação crítica na implementação do Algoritmo de Suporte Avançado de Vida;
- Prestar cuidados à pessoa em situação crítica sob tratamento com técnicas dialíticas;
- Prestar cuidados à pessoa em situação crítica sob tratamento com dispositivo de circulação extracorporeal (*Extracorporeal Membrane Oxygenation – ECMO*);
- Conhecer o protocolo de *Extracorporeal Cardiopulmonary Resuscitation (eCPR)*, implementado na UCI;

- Adquirir progressivamente maior autonomia no manuseamento de dispositivos invasivos na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica;

K1.3 - Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas

- Aumentar os meus conhecimentos e competências na gestão da dor no doente sedado;
- Gerir eficazmente a dor e bem-estar da pessoa em situação crítica sob tratamento com dispositivos invasivos.

K1.4 - Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica

- Conhecer o projeto implementado para o acolhimento à família da pessoa internada na UCI;
- Dar a conhecer à família os recursos disponíveis no centro hospitalar e na comunidade adequados para suporte na situação atual, e proceder ao respetivo encaminhamento se for a sua vontade;

K1.5 - Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde

- Acompanhar a família na visita à pessoa internada na UCI;
- Esclarecer a pessoa e/ou família sobre a situação de saúde;
- Conhecer o projeto “Consulta de *Follow Up*” e a respetiva forma de funcionamento;

- Desenvolver competências na comunicação com a pessoa com entubação orotraqueal;
- Promover a comunicação da família com a pessoa internada;
- Envolver a família nas estratégias de comunicação com a pessoa internada com entubação orotraqueal.

K1.6 - Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica

- Adquirir progressivamente maior autonomia na intervenção com a pessoa em situação crítica e família.

K2 - Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação

K2.1 - Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência

K2.2 - Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe

K2.3 - Gere os cuidados em situações de emergência e/ou catástrofe

(OE, 2010b)

Objetivos

- Mobilizar conhecimentos adquiridos na unidade curricular “Enfermagem Médico-Cirúrgica III”;
- Conhecer os planos de catástrofes e emergência regionais e nacionais;
- Aumentar os conhecimentos sobre a atuação em situação de exceção e catástrofe.

Atividades Propostas

- Conhecer os planos de catástrofe ou emergência da área de abrangência geográfica do centro hospitalar, nomeadamente:
 - + Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central
 - + Plano Municipal de Emergência de Proteção Civil de Lisboa
 - + Plano Especial de Emergência de Proteção Civil para o Risco Sísmico na Área Metropolitana de Lisboa e Concelhos Limítrofes

- Refletir sobre o cuidado à pessoa em situação crítica em cenário com multi-vítimas;
- Acompanhar o enfermeiro orientador na gestão das vagas disponíveis em situação de sobrelotação de doentes;
- Participar em atividades formativas relacionadas com a temática de emergência e catástrofe.

K3 - Maximiza 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 respostas em tempo útil e adequadas

K3.1 - Concebe um plano de prevenção e controlo da infeção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;

K3.2 - Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

(OE, 2010b)

Objetivos

- Mobilizar conhecimentos adquiridos na unidade curricular “Enfermagem Médico-Cirúrgica V”;
- Aumentar o conhecimento sobre a realização e implementação de planos de controlo de infeção, adequados à realidade do serviço e instituição;
- Sensibilizar a equipa para a adoção de práticas de controlo de infeção e reflexão do seu impacto e importância na prática de cuidados.

Atividades Propostas

- Conhecer e implementar o Plano de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA);
- Conhecer e implementar os planos de controlo de infeção existentes no centro hospitalar;

- Conhecer os enfermeiros da UCI que desempenham funções de elos de ligação ao Grupo de Coordenação Local do Plano de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA);
- Conhecer os equipamentos de proteção individual (EPI) disponíveis na UCI e a sua localização.

CONCLUSÃO

Com a realização deste projeto penso ter conseguido um bom ponto de partida para concretizar os objetivos a que me proponho no presente estágio. Procurei espelhar as atividades que concorrem para o processo de aquisição de competências, tornando visível a contribuição de cada atividade para o desenvolvimento de cada competência, uma vez que optei por enquadrá-las diretamente com o referencial de competências comuns e específicas do EEE-PSC.

As minhas expectativas para o presente estágio são elevadas, uma vez que considero o contexto clínico uma fonte muito rica em experiências de aprendizagem, tanto pela polivalência na tipologia de doentes da UCI, como pelos meios e equipamentos disponíveis, e claro pela qualidade do trabalho desenvolvido pela equipa multidisciplinar.

Encaro o desenvolvimento deste projeto como mais um desafio profícuo para a minha caminhada no desenvolvimento de competências de EEE-PSC, levando-me a uma reflexão crítica sobre o caminho que pretendo realizar neste último estágio. Olhando para o caminho percorrido até agora, consigo já encontrar diferenças entre a enfermeira que sou atualmente em relação à que era no início do percurso. No entanto, este percurso ainda não terminou, e sinto que a realização deste estágio terá um papel preponderante no sucesso deste percurso e na concretização dos meus objetivos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CHLC. (2018). Portal do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, E.P.E. Retrieved from: <http://www.chlc.min-saude.pt/>

Direcção-Geral da Saúde (DGS). (2003). Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa. Acedido a 15 de outubro de 2018, em: <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2010a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 22 de setembro de 2018, em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2010b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 22 de setembro de 2018, em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_CompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ribeiro, O.; Martins, M.; Carvalho, A.; Santos, L. & Viana, M. (2018). Views on nursing education in Portugal. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. 19(e3313): 1-8. Acedido a 21 setembro de 2018. DOI: 10.15253/2175-6783.2018193313.

Apêndice III – Revisão Integrativa da Literatura sob o título “A comunicação eficaz entre os enfermeiros e a pessoa com entubação orotraqueal: Revisão integrativa”

**A comunicação eficaz entre os enfermeiros e a pessoa com
entubação orotraqueal: Revisão integrativa**

**Effective communication between nurses and the person with
intratracheal intubation: Integrative review**

**La comunicación eficaz entre los enfermeros y la persona con
intubación intratraqueal: Revisión integradora**

Ana Sofia Emídio Cardoso Leite – Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação – Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica. Escola Superior de Saúde/Instituto Politécnico de Setúbal.

Filipe Alexandre Morgado Ramos – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Unidade de Urgência Médica/Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, E.P.E.

Maria do Céu Mendes Pinto Marques – Doutora em Psicologia. Professora Coordenadora. Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus/Universidade de Évora.

RESUMO

Objetivo: Identificar as estratégias de comunicação e intervenções de enfermagem que permitem comunicar eficazmente com a pessoa adulta acordada e sob entubação orotraqueal, internada em unidades de cuidados intensivos. **Metodologia:** A questão de investigação foi elaborada segundo a metodologia PI[C]OD. Foram selecionados sete artigos para a revisão integrativa através da pesquisa nas bases de dados EBSCOhost e B-On, segundo os critérios de inclusão estabelecidos. **Resultados:** Os artigos incluídos referem estratégias de comunicação com elevadas taxas de sucesso e eficácia no processo comunicacional com a pessoa sob entubação orotraqueal. Realçam ainda a importância da adequada formação dos enfermeiros para o correto uso das estratégias de comunicação. **Conclusões:** A utilização correta e individualizada das estratégias de comunicação adequadas a cada pessoa traduz-se num processo de comunicação eficaz entre o enfermeiro e a pessoa. A formação dos enfermeiros tem um papel preponderante na qualidade da comunicação. Quando se alcança a eficácia da comunicação reduz proporcionalmente a ansiedade e frustração da pessoa. **Descritores:** Comunicação, Intubação Endotraqueal, Enfermagem, Unidades de Cuidados Intensivos.

ABSTRACT

Objective: To identify the strategies of communication and nursing interventions that allow to communicate effectively with the adult person awoken and with intratracheal intubation, hospitalized in the intensive care units. **Methodology:** The research question was elaborated according to the methodology PI[C]OD. Seven articles were selected for the integrative review through the research in the databases EBSCOhost and B-On, according to established inclusion criteria. **Results:** The articles included refer to communication strategies with high success rates and effectiveness in the communicational process with the person with intratracheal intubation. They also highlight the importance of the adequate training of nurses for the correct use of communication strategies. **Conclusions:** The correct and individualized use of communication strategies appropriate to each person translates into an effective communication process between the

nurse and the person. The training of nurses plays a major role in the quality of communication. When communication effectiveness is achieved, it reduces proportionately the person's anxiety and frustration. **Descriptors:** Communication, Intratracheal Intubation, Nursing, Intensive Care Units.

RESUMEN

Objetivo: Identificar las estrategias de comunicación e intervenciones de enfermería que permitan comunicar eficazmente con la persona adulta correspondiente, en situación de intubación intratraqueal, internada en la unidad de cuidados intensivos. **Metodología:** El objeto de investigación se ha abordado según la metodología PI[C]OD. Se seleccionaron siete artículos para la revisión integrativa a través de la investigación en las bases de datos EBSCOhost y B-On, según los criterios de inclusión establecidos. **Resultados:** Los artículos seleccionados refieren estrategias de comunicación con altas tasas de éxito y eficacia en el proceso de comunicación con la persona en situación de intubación orotraqueal. Destacan también la importancia de una adecuada formación de los enfermeros para el correcto uso de las estrategias de comunicación. **Conclusiones:** La utilización correcta e individualizada de las estrategias de comunicación, adecuadas a cada persona, se traduce en un proceso de comunicación eficaz entre el enfermero y el paciente. La formación de los enfermeros tiene un papel preponderante en la calidad de la comunicación. Cuando se alcanza la eficacia en la comunicación se reduce proporcionalmente la ansiedad y frustración en el paciente. **Descriptores:** Comunicación, Enfermería, Intubación Endotraqueal, Unidad de Cuidados Intensivos.

1. INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos o paradigma da pessoa sob entubação orotraqueal (EOT) internada numa unidade de cuidados intensivos (UCI) tem vindo a evoluir de uma sedação profunda e curarização para uma sedação leve ou ausência de sedação e controlo eficaz da dor. Vários estudos têm vindo a demonstrar os efeitos benéficos da redução precoce da sedação nas pessoas internadas em UCI, nomeadamente ao permitir a mobilização física e otimização ventilatória precoces. Por outro lado, a pessoa que mantém necessidade de EOT, mas que se encontra acordada traz novos desafios aos cuidados de enfermagem, nomeadamente ao nível da comunicação, uma vez que estas pessoas se encontram impossibilitadas de falar normalmente. (Egerod et al., 2015; Karlsen, Ølnes & Heyn, 2018)

Segundo Phaneuf (2005) “a comunicação é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. (...) Por seu intermédio, chegamos mutuamente a apreender e a compreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa” (p.23). Potter e Perry (2006) realçam a importância da comunicação nos cuidados de enfermagem, uma vez que “à semelhança de qualquer agente terapêutico, pode ter consequências boas e más” (p.134). Para as autoras o enfermeiro tem que ser detentor de competências desta natureza, referindo que a sua ausência “pode levar a problemas graves (...) e põe em perigo a credibilidade profissional” (p.134), afirmando inclusivamente que a ineficácia da comunicação pode resultar em aumento de custos para a pessoa internada e para a instituição.

Quando questionadas sobre as suas vivências na UCI durante o período que se encontravam acordadas mas sob EOT, as pessoas dão especial importância ao que sentiram por não se conseguirem exprimir. Um participante do estudo de Engström, Nyström, e Sundelin (2013) realçou o sentimento de frustração associado à incapacidade de se fazer entender, referindo “I couldn’t say anything at first, it’s hard to explain but I was clear in my head and I tried to communicate but they didn’t understand. It was frustrating. We tried all different stuff... I tried to write, I knew what letter I would write but it became just the opposite” (p.91). Também Tembo, Higgins e Parker (2014) descrevem testemunhos de pessoas

que se sentem irritadas, frustradas, isoladas e com a sensação de perda de controlo sobre si.

A eficácia da comunicação afeta os resultados de saúde das pessoas de forma direta e indireta. Como referido também pelas pessoas, diminui sensações de ansiedade, angústia e insegurança. Quando eficaz pode inclusive aumentar a participação nas decisões sobre o seu plano de cuidados (Karlsen et al., 2018). Para comunicar com a pessoa acordada sob EOT é então necessário perceber quais as estratégias utilizadas e avaliar a sua eficácia no processo de comunicação e de que forma devem os enfermeiros adaptar o plano de cuidados de enfermagem.

2. OBJETIVO

Identificar as estratégias de comunicação e intervenções de enfermagem que permitem comunicar eficazmente com a pessoa adulta acordada sob EOT e internada em UCI.

3. METODOLOGIA

A revisão integrativa da literatura foi iniciada com a formulação da pergunta de investigação, tendo em conta os Participantes, as Intervenções, os *Outcomes* (resultados) e o Desenho do Estudo, segundo o método PI(C)OD, como demonstrado na Tabela 1 (JBI, 2014).

Assim, para esta revisão integrativa foi enunciada a questão: **De que forma podem os enfermeiros (Intervenção) comunicar eficazmente (Resultados) com a pessoa adulta sob EOT (População)?**

Tabela 1- Definição da pergunta de investigação segundo o método PI(C)OD

P	População	Quem foi estudado	Pessoa adulta acordada e sob EOT, internada numa UCI.
I	Intervenção	O que foi feito	Intervenções de enfermagem.

O	Resultados	Resultados, efeitos ou consequências	Estratégias de comunicação; Comunicação eficaz.
D	Desenho do Estudo	Como é que as evidências foram recolhidas	Revisão integrativa da literatura sobre a temática existente em sociedades científicas de referência nacionais e internacionais e em artigos científicos.

Após a definição da pergunta de investigação, foram identificados os Descritores em Ciências da Saúde relacionados com a temática (Descritores em Ciências da Saúde (DeCs) e Medical Subject Headings (MeSH)). Ainda assim, foi necessário considerar mais um termo que não consta dos descritores acima referidos, por se mostrar de especial relevância para a pertinência dos resultados obtidos na pesquisa, como se pode verificar na coluna “Termos de Pesquisa” da Tabela 2. Todos os termos referidos podem ser consultados na tabela abaixo (Tabela 2).

Tabela 2 - Definição dos termos de pesquisa

			Descritores (DeCS e MeSH)	Termos de Pesquisa
P	População	Pessoa adulta acordada sob EOT, internada numa UCI	<i>“Intratracheal Intubation”</i> ; <i>“Critical Care”</i> ; <i>“Intensive care units”</i>	<i>“Mechanical Ventilation”</i>
I	Intervenção	Intervenções de enfermagem	<i>“Nursing”</i> ; <i>“Nursing Care”</i> ; <i>“Critical Care Nursing”</i> ; <i>“Nurse-Patient Relations”</i>	
O	Resultados	Estratégias de comunicação; Comunicação eficaz	<i>“Communication”</i> ; <i>“Communication Barriers”</i>	

D	Desenho do Estudo	Revisão integrativa da literatura sobre a temática existente em sociedades científicas de referência nacionais e internacionais e em artigos científicos	-	-
----------	--------------------------	--	---	---

Concluída a definição dos termos de pesquisa, foram definidos os critérios de inclusão dos estudos, que se encontram refletidos na Tabela 3.

Tabela 3- Critérios de inclusão de estudos

Tipo de Participantes	Pessoas adultas acordadas e sob EOT, internadas numa UCI.
Tipo de Intervenção / Fenómenos de Interesse	Intervenções de enfermagem.
Tipo de Outcomes (Resultados)	Estratégias de comunicação, e avaliação da sua eficácia, entre o enfermeiro e a pessoa sob EOT e estratégias de otimização do processo de comunicação.
Tipo de Estudos	Estudos qualitativos e quantitativos, em português, espanhol e inglês, originais e artigos completos, publicados entre 2013 e 2018. Disponíveis nas bases de dados científicas EBSCOhost e B-On.
Cronologia	01 janeiro 2013 – 31 dezembro 2018.
Outros Critérios	Disponibilidade do texto integral, revisão por pares e em português, inglês ou espanhol.

Para a revisão integrativa da literatura foram utilizadas as bases de dados eletrónicas *Elton Bryson Stephens Company* (EBSCOhost) e Biblioteca do conhecimento on-line (B-On), com o objetivo de credibilizar a pesquisa realizada. De seguida, na Figura 1 pode ser verificada a metodologia de pesquisa utilizada e na Figura 2 o protocolo de pesquisa aplicado.

Figura 3 - Metodologia de Pesquisa

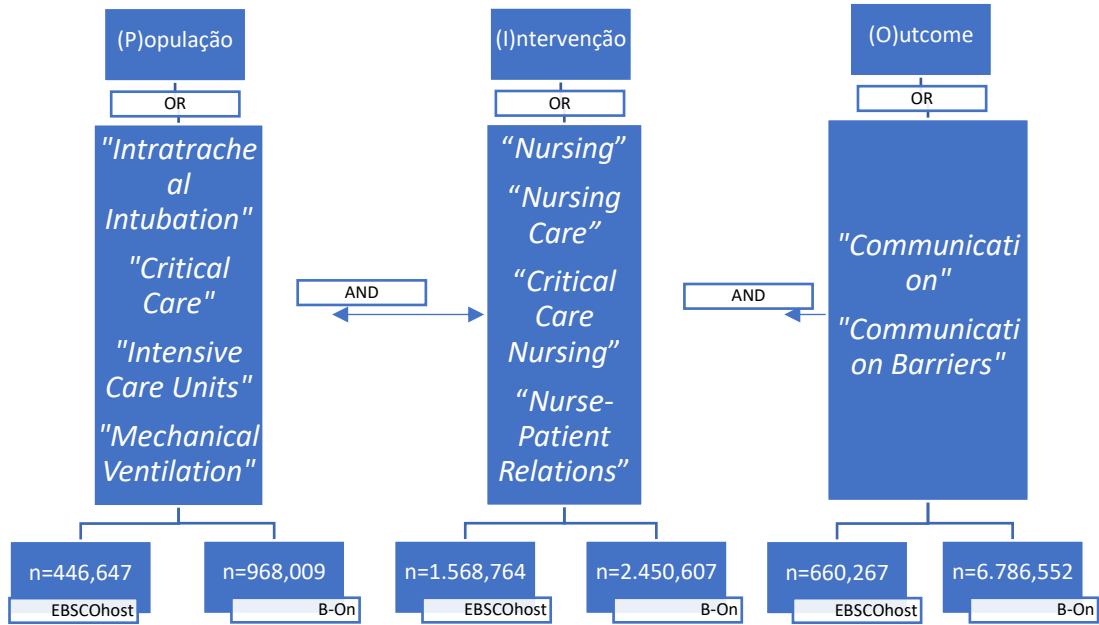
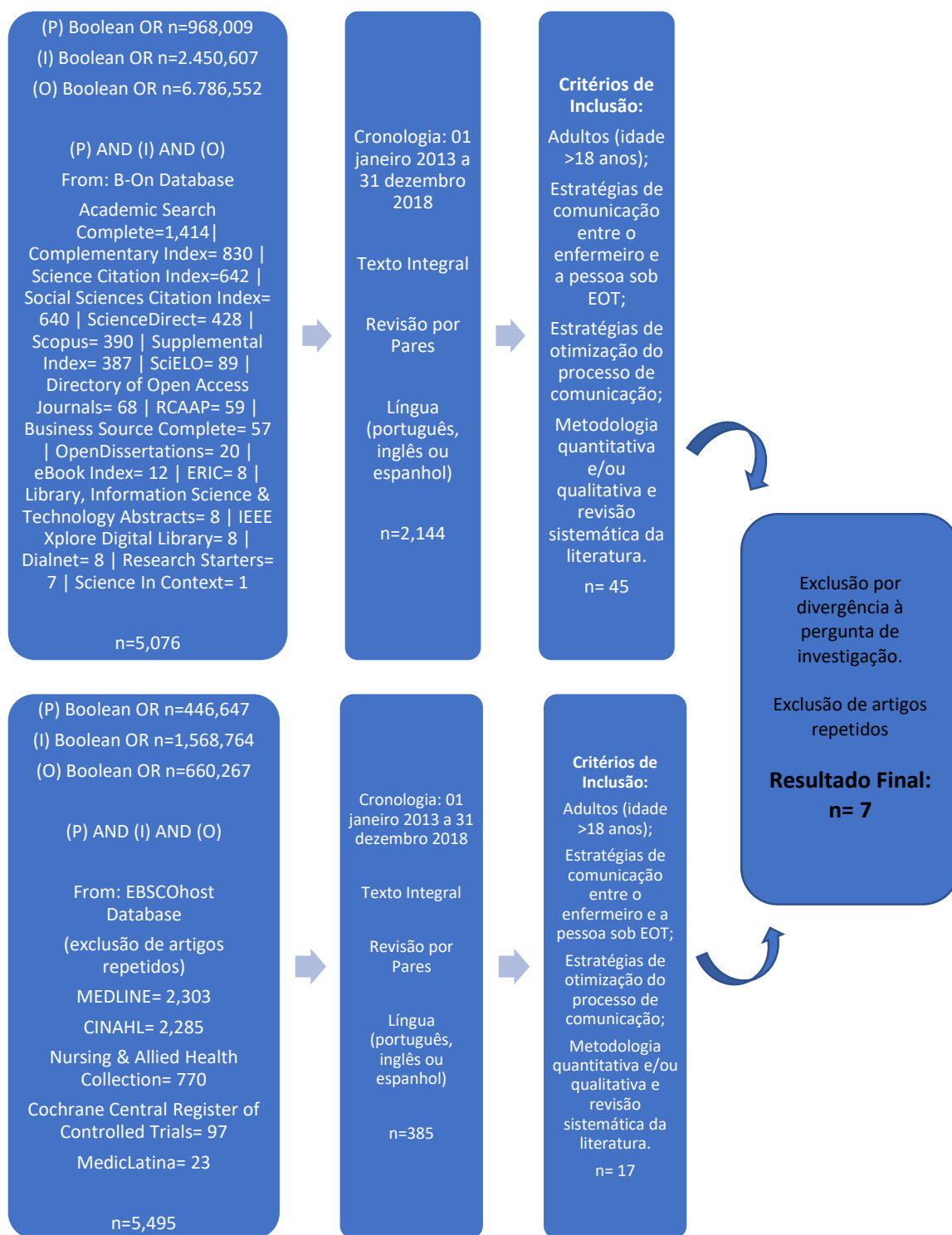


Figura 4 - Protocolo de Pesquisa



Foram incluídos dois estudos em que na população estudada foram incluídas também pessoas sob ventilação mecânica por traqueostomia, uma vez que após a leitura integral dos mesmos, não se revelam alteração dos resultados devido ao tipo de população.

4. RESULTADOS

Tabela 4 – Título, Participantes, Local e Tempo, Desenho do Estudo, Objetivos, Intervenções e Resultados dos Artigos de Investigação

	Título	Participantes, Local e Tempo	Desenho do Estudo	Objetivos	Intervenções	Resultados
E1	Communication skills intervention: promoting effective communication between nurses and mechanically ventilated patients (Dithole, Thupayagale-Tshweneagae, & Akpor, 2017)	20 enfermeiros selecionados de duas UCI em Botswana, com pelo menos 1 ano de experiência na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, trabalham pelo menos dois turnos consecutivos em dias de semana e com vontade de participar no estudo. Entre abril e julho de 2013.	Estudo Qualitativo Nível 4.c Qualidade Elevada	Apresentar os resultados da terceira fase de um estudo qualitativo, que consiste na realização de formação e treino de competências de comunicação.	Análise de entrevistas semiestruturadas a enfermeiros que estiveram presentes em sessões de formação e treino de competências de comunicação, com 2 horas por dia, diariamente durante 6 semanas. E posterior acompanhamento e suporte durante 6 semanas após as sessões de formação.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Os enfermeiros valorizaram a formação, realçando a importância da aprendizagem de novas técnicas de comunicação, tendo alguns referido que iniciaram de imediato a implementar as estratégias; ✓ Os enfermeiros referem mudanças na sua prática. Um enfermeiro referiu que antes da formação “costumava ignorar essas pessoas, mas agora faz parte dos meus cuidados de enfermagem comunicar com elas”. Outro enfermeiro referiu “eu fazia procedimentos em silêncio ou ignorava a pessoa quando não conseguia percebê-la. Agora reconheço que os meus cuidados estavam incompletos”; ✓ Os enfermeiros consideram que a formação deveria ser parte da integração de todos os enfermeiros na UCI; ✓ Devem ser estabelecidas diretrizes sobre a comunicação entre enfermeiros e pessoas

						internadas em UCI e é necessário assegurar a formação contínua de enfermeiros em competências de comunicação.
E2	Exploring Communication Challenges Between Nurses and Mechanically Ventilated Patients in the Intensive Care Unit: A Structured Review (Dithole, Sibanda, & Moleki, 2016)	Estudos sobre desafios da comunicação entre enfermeiros e pessoas mecanicamente ventiladas em UCI, publicados entre janeiro de 2005 e dezembro de 2014.	Scoping Review Nível 4.a Qualidade Moderada	Identificar desafios existentes na comunicação entre enfermeiros e pessoas mecanicamente ventiladas em UCI e explorar possíveis soluções para melhorar esses desafios.	Pesquisa de literatura relevante publicada entre janeiro 2005 e dezembro de 2014, nas bases de dados MEDLINE, CINAHL e PsycINFO, com recurso aos termos <i>communication challenges, mechanically ventilated patients, ICU</i> ou <i>critical care</i> , individualmente e combinados entre si.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Benefícios na associação de várias estratégias físicas de comunicação como apertar as mãos, acenar com a cabeça, mimica labial e expressão facial com baixos níveis de sofrimento das pessoas; ✓ O uso de estratégias de comunicação de baixa tecnologia, como quadros com alfabeto ou escrever, foi descrito como bem-sucedido; ✓ Onde não existiam recursos de comunicação de baixa tecnologia, perguntas de “sim ou não” e gestos foram observados com taxa de sucesso de 73,7%, em trocas de comunicação; ✓ O sucesso no uso de recursos de comunicação está ligado ao conhecimento da equipa sobre o tipo de recursos e estratégias, a disponibilidade dos recursos, a respetiva qualidade e o tempo disponível para a individualização do cuidado;

						<ul style="list-style-type: none"> ✓ Os recursos utilizados devem ser adaptados à pessoa que os utilizam; ✓ As competências dos enfermeiros são muito importantes porque são estes que controlam na maior parte das vezes o tempo, assunto e método de comunicação; ✓ Foi descrita como benéfica a presença física do enfermeiro, a atenção a sinais de deterioração da pessoa, tentativas de comunicação e sinais de dor; ✓ Deve ser promovida a formação da equipa e permitido o acesso facilitado aos recursos de comunicação.
E3	<p>Determining the effectiveness of illustrated communication material for communication with intubated patients at na intensive care unit (Otuzoglu & Karahan, 2014)</p>	<p>90 adultos submetidos a cirurgia de coração aberto, sob EOT.</p> <p>UCI de cirurgia cardiovascular de um Hospital Universitário em Ankara, Turquia.</p>	<p>Estudo Quasi-Experimental</p> <p>Nível 2.c</p> <p>Qualidade Moderada</p>	<p>Desenvolver um quadro ilustrado para comunicação com a pessoa com EOT e determinar a sua eficácia.</p>	<p>Aplicação de três escalas ao grupo de controlo para benefício do desenvolvimento do quadro ilustrado; comunicação com recurso a gestos, mimica labial, contacto ocular, toque e papel e caneta.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 20% do grupo de controlo considerou a comunicação eficaz, ao invés de 42,2% do grupo de tratamento; ✓ As dificuldades de comunicação foram sentidas em 35,6% das situações no grupo de controlo, mas no grupo de tratamento apenas uma pessoa as referiu (2,2%); ✓ 77,8% do grupo de tratamento referiu que o quadro ilustrado foi benéfico para a comunicação com a equipa de saúde;

		Entre 1 de março de 2009 e 1 de junho de 2010.			Utilização do quadro ilustrado para comunicar com o grupo de tratamento.	✓ O recurso ao quadro ilustrado aumenta o ritmo e eficácia da comunicação e contribui para facilitar a satisfação das necessidades da pessoa sob EOT, no entanto não resolve a totalidade dos problemas, sendo igualmente necessário gerir questões como o ambiente e a disponibilidade da equipa de saúde.
E4	The Effect of Using Communication Boards on Ease of Communication and Anxiety in Mechanically Ventilated Conscious Patients Admitted to Intensive Care Units (Hosseini, Valizad-hasanloei & Feizi, 2018)	30 adultos conscientes sob ventilação mecânica. Duas UCI do Imam Khomeini Hospital, em Urmia, Irão. Entre 1 de abril e 1 de dezembro de 2014.	Estudo Quasi-Experimental Nível 2.c Qualidade Elevada	Determinar a eficácia do uso de quadros de comunicação para melhorar o processo de comunicação e a ansiedade em pessoas conscientes e mecanicamente ventiladas, internadas em UCI.	Utilização das estratégias de comunicação habituais com o grupo de controlo. Utilização complementar do quadro de comunicação com as pessoas do grupo experimental. Aplicação de escalas de avaliação de ansiedade e facilidade de comunicação antes e	✓ A intervenção mostrou redução nos níveis de ansiedade e de dificuldades na comunicação; ✓ O uso de quadros de comunicação com pessoas conscientes mecanicamente ventiladas levou a maior facilidade de comunicação e a uma redução do nível de ansiedade.

					depois da intervenção.	
E5	<p>Wich alternative communication methods are effective for voiceless patients in Intensive Care Units? A systematic review (Carruthers, Astin & Munro, 2017)</p>	<p>Estudos publicados sobre a qualidade, frequência e impacto de estratégias <i>Augmentative and Alternative Communication (AAC)</i></p>	<p>Revisão Sistemática da Literatura</p> <p>Nível 1.b</p> <p>Qualidade Moderada</p>	<p>Avaliar a eficácia das estratégias AAC para permitir que as pessoas temporariamente impossibilitadas de falar devido a uma intervenção médica possam comunicar.</p>	<p>Pesquisa de literatura relevante publicada entre janeiro de 2004 e janeiro de 2017, em dez bases de dados. Pesquisa de literatura cinzenta com recurso à base de dados <i>Evidence Search</i>.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ O uso de estratégias AAC de baixo nível tecnológico apresentou melhorias na comunicação; ✓ O uso de estratégias AAC de alto nível tecnológico revelou diminuição na dificuldade de comunicação; ✓ Limitações identificadas no uso de estratégias AAC: dispositivo fora do alcance da pessoa, condição da pessoa, comunicação demora muito tempo, equipamento não funciona devidamente, requerem formação e treino.
E6	<p>Nurse-patient communication within the context of non-sedated mechanical ventilation: A hermeneutic phenomenological study</p>	<p>Enfermeiros a trabalhar e pessoas internadas nas UCI em estudo.</p> <p>Duas UCI de um hospital universitário, na Dinamarca.</p>	<p>Estudo Qualitativo</p> <p>Nível 3.</p> <p>Qualidade Elevada</p>	<p>Explorar a comunicação entre pessoas adultas não sedadas e mecanicamente ventiladas e enfermeiros, em UCI.</p>	<p>Entrevistas com pessoas internadas;</p> <p><i>Focus group</i> com enfermeiros;</p> <p>Observação em contexto de prática clínica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Com as alterações aos protocolos de sedação os enfermeiros precisam de pensar de uma outra forma no cuidar e integrar a comunicação no ambiente complexo da UCI; ✓ Os enfermeiros têm que adaptar a comunicação a cada pessoa, tendo pouca possibilidade de aplicar um procedimento padrão;

	(Holm & Dreyer, 2017)	Entre janeiro e abril de 2015				<ul style="list-style-type: none"> ✓ Por vezes as técnicas de comunicação espontâneas (ex.: gestos ou mímica labial) não são suficientes, o uso de ferramentas de comunicação pode ajudar; ✓ A qualidade da comunicação foi atingida quando os enfermeiros demonstraram empatia, calma, paciência e tiveram tempo para interagir com a pessoa; ✓ Formação em estratégias de comunicação AAC é uma forma de oferecer aos enfermeiros um guia para estruturar o processo de comunicação.
E7	Effect of a multi-level intervention on nurse-patient communication in the intensive care unit: Results of the SPEACS trial (Happ et al., 2014)	93 pessoas com EOT acordadas, responsivas e incapazes de falar; 30 enfermeiros de UCI; 89 pares de enfermeiro-pessoa. UCI médica e UCI cardiovascular-torácica, de um grande	Estudo Quasi-Experimental Nível 2.c Qualidade Elevada	Testar o impacto de dois níveis de intervenção na frequência, qualidade, sucesso e facilidade da comunicação entre enfermeiros e pessoas com EOT na UCI.	Três fases sequenciais: 1. Grupo de Controlo – estratégias habituais de comunicação 2. 2 horas de formação para os enfermeiros e aplicação de estratégias AAC de baixo nível	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Após a intervenção houve um aumento da frequência de atos de comunicação e de tentativas de clarificação por parte dos enfermeiros (ex.: interpretação de mensagens não verbais, leitura em voz alta de mensagens escritas ou validação de mensagens); ✓ O grupo de intervenção teve maior sucesso na comunicação sobre dor e outros sintomas;

		<p>centro médico de nível terciário na região do Meio do Atlântico</p> <p>Entre julho de 2004 e junho de 2008.</p>			<p>tecnológico (quadros de comunicação)</p> <p>3. Acrescenta à fase anterior 4 horas de formação em estratégias AAC de alto nível tecnológico, recurso a equipamentos eletrônicos e plano individualizado de comunicação.</p>	<p>✓ O uso de estratégias AAC melhorou a percepção da pessoa com EOT relativamente à qualidade da comunicação;</p> <p>✓ Ao longo da intervenção a percepção da dificuldade na comunicação pela pessoa com EOT diminuiu;</p> <p>✓ Podem ser promovidas melhorias nas competências de comunicação para além das que advêm com a experiência (ex.: com recurso a formação).</p>
--	--	--	--	--	---	--

5. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Todos os autores realçam a importância do uso de estratégias na comunicação com a pessoa com EOT. Na revisão de literatura realizada por Dithole et al. (2016) foi descrito o uso de estratégias de baixo nível tecnológico (ex.: apertar as mãos, perguntas “sim/não”, mímica labial, expressão facial, gestos, quadros com alfabeto ou escrever) associado a baixos níveis de sofrimento da pessoa e taxas de eficácia elevadas no processo de comunicação.

Alguns estudos fizeram a avaliação da eficácia de estratégias de comunicação específicas, como quadros de comunicação, sendo unânime entre todos o aumento significativo da eficácia da comunicação com o seu uso (Hosseini et al., 2018; Otuzoglu & Karahan, 2014). Foi feita referência a um aumento do ritmo da comunicação (Otuzoglu & Karahan, 2014), redução dos níveis de ansiedade e diminuição de dificuldades no processo comunicacional (Hosseini et al., 2018). Enquanto outros autores estudaram a eficácia de um conjunto de estratégias Augmentative and Alternative Communication (estratégias de comunicação para uso sem recurso à fala, concebidas para comunicar com pessoas impossibilitadas de falar), fazendo referência às de baixo nível tecnológico e às de alto nível tecnológico. As primeiras, de maior facilidade de utilização, menores custos e maior acessibilidade, mostraram melhorias no processo de comunicação. As segundas, que revelaram muita eficácia e diminuição significativa das dificuldades de comunicação, apresentam a contrapartida de serem alvo de maiores dificuldades de utilização por necessidade de mais formação e treino, maiores problemas técnicos e indisponibilidade em vários locais por custos financeiros mais elevados (Carruthers et al., 2017). Otuzoglu e Karahan (2014) e Hosseini et al. (2018) estudaram especificamente a utilização de quadros de comunicação em comparação com recurso a outras estratégias como gestos, mímica labial, contacto ocular, toque e escrita, e concluíram que o seu uso aumenta a eficácia da comunicação e reduz a ansiedade e dificuldades sentidas pela pessoa durante o processo. Apesar de realçarem que este não resolve todos os problemas, continuando a ser essencial gerir o ambiente e disponibilidade dos profissionais de saúde.

No entanto, os autores também reconhecem que o sucesso e a eficácia das estratégias de comunicação estão intimamente relacionados com o conhecimento, formação e treino dos profissionais de saúde sobre o tipo de recursos e o seu uso,

uma vez que na maior parte das vezes são estes que controlam o tempo, assunto e método de comunicação (Dithole et al., 2016; Dithole et al., 2017; Happ et al., 2014; Holm & Dreyer, 2017). Aspeto que se relaciona com a influência do enfermeiro na comunicação com a pessoa, referida por Phaneuf, (2005) e a resultante responsabilidade em estabelecer a relação de confiança, baseada na competência, disponibilidade, compromisso e empatia.

A formação é essencial para despertar a atenção dos enfermeiros para as necessidades de comunicação da pessoa com EOT, cada vez mais presentes no contexto de UCI pelas alterações das recomendações dos níveis de sedação. É assim necessário integrar a comunicação com a barreira da EOT, num ambiente já de si complexo e exigente, levando a uma necessidade de mudança de pensamento e organização dos cuidados de enfermagem (Holm & Dreyer, 2017).

Happ, et al. (2014) realçam o aumento da frequência de atos de comunicação e tentativas de clarificação da mensagem por parte dos enfermeiros, maior sucesso na comunicação e perceção de menos dificuldades sentidas pela pessoa com EOT na comunicação após a realização de formação. Dithole et al. (2017) conseguem descrever claramente a alteração nos cuidados de enfermagem sentida pelos enfermeiros. O impacto da inclusão de estratégias de comunicação nos planos de cuidados dos enfermeiros, é sentido nas palavras de um enfermeiro que refere, após participar em formação sobre a temática, que “costumava ignorar essas pessoas, mas agora faz parte dos meus cuidados de enfermagem comunicar com elas” (p.4). Ainda outro enfermeiro que participou na mesma formação referiu “eu fazia procedimentos em silêncio ou ignorava a pessoa quando não conseguia percebê-la. Agora reconheço que os meus cuidados estavam incompletos” (Dithole et al., 2017, p.4). Reflexo da valorização da formação pelos enfermeiros participantes é a referência que fazem de que esta devia ser incluída na integração de todos os novos enfermeiros em UCI (Dithole et al., 2017). No entanto, Happ, et al. (2014) afirmam que não só os enfermeiros com menos tempo de experiência em UCI beneficiam da formação nesta temática, havendo margem para promover melhorias a ser adicionadas à experiência, não discordando que esse é um fator preponderante. Holm e Dreyer (2017) referem que a formação na temática é uma forma de oferecer aos enfermeiros um apoio para estruturar o processo de comunicação. Dithole et al. (2017) realçam ainda o benefício de serem estabelecidas diretrizes institucionais sobre a comunicação com pessoas

internadas em UCI e a necessidade de assegurar formação contínua nesta temática, bem como permitir o acesso facilitado aos recursos de comunicação.

Para além da formação são também descritas características nos enfermeiros que são facilitadoras do processo de comunicação como a sua presença física constante junto das pessoas, atenção a sinais de deterioração na pessoa, tentativas de comunicação e a sinais de dor e capacidade de empatia (Dithole et al., 2016). Bem como o aumento da qualidade da comunicação quando os enfermeiros demonstraram empatia, paciência e disponibilidade de tempo para interagir com a pessoa (Holm & Dreyer, 2017).

Com esta revisão da literatura percebemos que vários tipos de estratégias de comunicação se podem mostrar eficazes no processo de comunicação, mas é de realçar que para isso é importante a devida preparação do enfermeiro para o seu uso e a respetiva adaptação à individualidade da pessoa com EOT, apesar das diretrizes institucionais que possam existir (Dithole et al., 2016; Holm & Dreyer, 2017).

O cuidado de enfermagem que pretende dar resposta a todas as necessidades da pessoa em situação crítica tem que, nestes momentos, não só executar todos os procedimentos de monitorização e manutenção e/ou substituição de funções vitais, mas ir mais longe e procurar dar resposta a todo o tipo de necessidades, tendo por base as necessidades comunicadas pela pessoa com EOT.

CONCLUSÃO

Os artigos incluídos nesta revisão da literatura realçam aspetos importantes para alcançar a eficácia do processo de comunicação entre os enfermeiros e a pessoa sob EOT na UCI.

Alguns estudos validaram a eficácia de determinadas estratégias de comunicação, por vezes em comparação com outras igualmente utilizadas, traduzindo maior segurança para os enfermeiros no seu uso e permitindo a melhor decisão sobre a escolha das estratégias a utilizar. Sendo unânime em todos os estudos realizados nesse âmbito o aumento do ritmo de comunicação e eficácia da mesma através de quadros de comunicação.

No entanto, não podemos deixar de realçar o enfoque dado por vários autores à importância da formação dos enfermeiros. Os aspetos mais importantes dessa formação passam pela sensibilização para o importante envolvimento da comunicação com a pessoa com EOT no plano de cuidados de enfermagem, o respetivo registo e o uso correto das estratégias de comunicação disponíveis, para que estas possam traduzir eficácia quando utilizadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Apóstolo, J. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).

Carruthers, H., Astin, F. & Munro, W. (2017). Which alternative communication methods are effective for voiceless patients in Intensive Care Units? A systematic review. *Intensive and Critical Care Nursing*, 42, 88-96. doi: 10.1016/j.iccn.2017.03.003

Dithole, K., Sibanda, S., Moleki, M.M. & Thupayagale-Tshweneagae, G. (2016). Exploring Communication Challenges Between Nurses and Mechanically Ventilated Patients in the Intensive Care Unit: A Structured Review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(3), 197-206. doi: 10.1111/wvn.12146

Dithole, K.S., Thupayagale-Tshweneagae, G., Akpor, O.A. & Moleki, M.M. (2017). Communication skills intervention: promoting effective communication between nurses and mechanically ventilated patients. *BioMed Central Nursing*, 16(74), 1-6. doi: 10.1186/s12912-017-0268-5

Egerod, I., Bergbom, I., Lindahl, B., & Henricson, M. (2015). The patient experience of intensive care: A meta-synthesis of Nordic studies. *International Journal of Nursing Studies*, 52, 1354-1361. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.04.017

Engström, A.; Nyström, N.; Sundelin, G. & Rattray, J. (2013). People's experiences of being mechanically ventilated in an ICU: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29, 88-95. doi: 10.1016/j.iccn.2012.07.003.

Happ, M.B., Garrett, K.L., Tate, J.A., DiVirgilio, D., Houze, M.P., Demirci, J.R., ... Sereika, S.M. (2014). Effect of a multi-level intervention on nurse-patient communication in the intensive care unit: Results of the SPEACS trial. *Heart & Lung*, 43, 89-98. doi: 10.1016/j.hrtlng.2013.11.010

Holm, A. & Dreyer, P. (2017). Nurse-patient communication within the context of non-sedated mechanical ventilation: A hermeneutic phenomenological study. *British Association of Critical Care Nurses*, 23(2), 88-94. doi: 10.1111/nicc.12297

Hosseini, SR., Valizad-hasanloei, MA. & Feizi, A. (2018). The Effect of Using Communication Boards on Ease of Communication and Anxiety in Mechanically Ventilated Conscious Patients Admitted to Intensive Care Units. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 23, 358-362. doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR_68_17

Joanna Briggs Institute [JBI] (2014). New JBI Levels of Evidence. *The Joanna Briggs Institute*. [Internet] Disponível em: https://wiki.joannabriggs.org/display/JSW/Resources?preview=%2F28706180%2F37552895%2FJBI-Levels-of-evidence_2014.pdf

Joanna Briggs Institute [JBI] (2014b). Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition. *The Joanna Briggs Institute*. [Internet] Disponível em: <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual-2014.pdf>.

Karlsen, M.W. Ølnes, M.A. & Heyn, L.G. (2018). Communication with patients in intensive care units: a scoping review. *British Association of Critical Care Nurses*, 1-17. doi: 10.1111/nicc.12377

Otuzoglu, M. & Karahan, A. (2014). Determining the effectiveness of illustrated communication material for communication with intubated patients at an intensive care unit. *International Journal of Nursing Practice*, 20, 490-498. doi: 10.1111/ijn.12190

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Potter, P.A. & Perry, A.G. (2006). *Fundamentos de Enfermagem – Conceitos e Procedimentos*. Loures: Lusociência.

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, 171-178. doi: 10.1016/j.iccn.2014.10.004.

Apêndice IV – Questionário aplicado aos enfermeiros da UCI para Diagnóstico de Situação

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Caro/a Colega,

Este breve questionário enquadra-se no âmbito do Estágio Final do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação – Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, e aborda a temática da comunicação com a pessoa com entubação orotraqueal.

As respostas representam apenas a sua opinião individual e o questionário é anónimo, não devendo por isso colocar a sua identificação em nenhuma das páginas. Não existem respostas certas ou erradas, por isso lhe peço que responda de forma espontânea e sincera a todas as questões. Na maioria das questões terá apenas de assinalar com uma cruz a sua opção de resposta. Em todas as questões deve considerar que a pessoa se encontra acordada.

Desde já muito obrigada pela sua participação e tempo despendido.

Tempo em experiência em UCI: _____ anos

1. Considera que a entubação orotraqueal é uma barreira à comunicação com a pessoa?

Nunca Raramente Às Vezes Muitas Vezes Sempre

2. Das seguintes estratégias, quais as que já utilizou para comunicar com a pessoa entubada orotraquealmente? Pode selecionar várias opções.

Mimica labial Perguntas com resposta “sim/não” Gestos Escrever

Quadro com alfabeto Quadro com imagens Apontar objetos Outra.

Qual? _____

3. Das estratégias que utiliza para comunicar com a pessoa entubada orotraquealmente, indique as **três** que considera mais eficazes.

Mimica labial Perguntas com resposta “sim/não” Gestos Escrever

Quadro com alfabeto Quadro com imagens Apontar objetos Outra.

Qual? _____

4. Quando utiliza as estratégias para comunicar com a pessoa entubada orotraquealmente consegue perceber toda a mensagem transmitida pela pessoa?

Nunca Raramente Às Vezes Muitas Vezes Sempre

5. Considera que a comunicação eficaz com a pessoa entubada orotraquealmente é imprescindível para o desenvolvimento do plano de cuidados de enfermagem?

Nunca Raramente Às Vezes Muitas Vezes Sempre

6. Considera que tem o tempo necessário para comunicar de forma eficaz com a pessoa entubada orotraquealmente?

Nunca Raramente Às Vezes Muitas Vezes Sempre

7. Com que frequência envolve a família na comunicação com a pessoa entubada orotraquealmente?

Nunca Raramente Às Vezes Muitas Vezes Sempre

Obrigada pela sua colaboração,

Enf.ª Ana Sofia Leite

Apêndice V – Cronograma de atividades do Estágio Final

Cronograma de Atividades do Estágio Final

Atividades	Ano/Mês/Quinzena							
	2018				2019			
	Novembro		Dezembro		Janeiro		Fevereiro	
	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
Estágio na UCI								
Definição do projeto de estágio								
Discussão do projeto de estágio com o enfermeiro supervisor								
Reunião com a professora orientadora								
Parecer da enfermeira diretora do CHU								
Pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas								
Recolha de dados na UCI								
Formação à equipa de enfermagem da UCI								
Avaliação final								

Apêndice VI – Plano de sessão da sessão de formação sob o tema “Comunicação com a pessoa sob entubação orotraqueal”

FORMAÇÃO EM SERVIÇO – PLANO DE SESSÃO**Tema:** Comunicação com a pessoa sob entubação orotraqueal**Local:** UUM – Sala de Formação**Data:** 25/02/2019**Hora:** 16h30**Objectivo geral:** Promover a melhoria do processo de comunicação entre os enfermeiros da Unidade de Urgência Médica e a pessoa sob entubação orotraqueal.

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS E TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	TEMPO	FORMADOR(ES)
1. Introdução 2. Desenvolvimento: a. Enquadramento teórico; b. Apresentação dos dados recolhidos na UUM; c. Enquadramento da temática à luz da evidência científica; d. Propostas de melhoria contínua. 3. Conclusão	Expositivo; Ativo (Brainstorming)	Computador; Videoprojetor; Tela de Projeção; Apresentação Power Point; Quadro de Comunicação com Imagens.	30 mins. (1 – 2 mins. 2 – 25 mins. 3 – 2 mins.)	Enf.ª Ana Sofia Leite (sob a orientação do Enf.º Filipe Ramos)

C.H.L.C. Mod. 0003

**Apêndice VII – Apresentação de diapositivos da sessão de formação sob o tema
“Comunicação com a pessoa sob entubação orotraqueal”**

Comunicação com a Pessoa sob Entubação Orotraqueal



Lisboa, 25 fevereiro 2019

Enf.^a Ana Sofia Leite
Sob a orientação do Enf.^o Filipe Ramos

Objetivo Geral

- Promover a melhoria do processo de comunicação entre os enfermeiros da Unidade de Urgência Médica (UUM) e a pessoa sob entubação orotraqueal (EOT).

2

Ana Sofia Leite

Objetivos Específicos

- Partilhar conhecimentos sobre a comunicação com a pessoa sob EOT e o seu impacto na qualidade da prestação de cuidados de enfermagem;
- Divulgar os dados recolhidos através da aplicação de questionário à equipa de enfermagem da UUM;
- Promover a reflexão crítica sobre as estratégias de comunicação com a pessoa sob EOT utilizadas pelos enfermeiros da UUM.

3

Ana Sofia Leite

Sumário

- Relatos Publicados;
- A Dificuldade em Comunicar na UUM;
- O Processo de Comunicação na Perspetiva dos Enfermeiros da UUM;
- A Comunicação com a Pessoa sob EOT na Evidência Científica.

4

Ana Sofia Leite

Relatos Publicados



5

Ana Sofia Leite

Available online at www.sciencedirect.com
ScienceDirect
journal homepage: www.elsevier.com/icc

ELSEVIER

Intensive and Critical Care Nursing

The experience of communication difficulties in critically ill patients in and beyond intensive care: Findings from a larger phenomenological study

Agness C. Tembo^{a,b,*}, Isabel Higgins^c, Vicki Parker^d

 CrossMark

"Quando eu queria falar... Simplesmente não conseguia falar. E pensei: 'O que aconteceu à minha garganta?' É como se lhe tirassem a voz. E essa foi a parte assustadora porque eu não conseguia relacionar-me com ninguém. Quando eu tentei escrever, não consegui porque as minhas mãos estavam demasiado fracas, só consegui rabiscar... muito assustador, porque só quer perguntar: O que aconteceu? O que aconteceu comigo? O que faço aqui? Como cheguei aqui?"

6

Ana Sofia Leite



Available online at www.sciencedirect.com
SciVerse ScienceDirect
 Journal homepage: www.elsevier.com/icc



ORIGINAL ARTICLE

People's experiences of being mechanically ventilated in an ICU: A qualitative study

Åsa Engström^{a,*}, Natalie Nyström^b, Gunilla Sundelin^c, Janice Rattray^d

"Eu não conseguia dizer nada no início, é difícil de explicar mas era claro para mim e eu tentava comunicar mas eles não percebiam. Era frustrante. Nós tentamos várias coisas... Eu tentei escrever, sabia que letra queria escrever, mas saía exatamente o oposto."

"A minha família tentou ajudar a perceber o que eu estava a dizer, e foi mais fácil para eles. Eles conhecem-me e acharam mais fácil entender o que eu queria."

7 Ana Sofia Leite



Available online at www.sciencedirect.com
ScienceDirect
 Journal homepage: www.elsevier.com/icc



"Not being able to talk was horrid": A descriptive, correlational study of communication during mechanical ventilation

Jill L. Guttormson^{a,*}, Karin Lindstrom Bremer^b, Rachel M. Jones^c

"Ninguém se veio sentar ao meu lado e disse: 'Eis o que está a acontecer'. Na verdade, eu tive que extrair informações... de todas as pessoas."
 (Homem de 61 anos, sob EOT durante 2,5 dias)

"Não tinha controlo. Eu sentia que não tinha controlo, e isso é assustador."
 (Mulher de 63 anos, sob EOT durante 8 dias)

"Eu continuei a escrever coisas e ela [a enfermeira] não respondeu à minha pergunta. Era como uma esposa que tenta adivinhar o que você vai dizer antes de o dizer. Então ela não me deixava terminar o que escrevia. Então escrevi em letras grandes. Eu disse, **OUÇA!**"
 (Homem de 61 anos, sob EOT durante 2,5 dias)

8 Ana Sofia Leite



Evidence Review

Exploring Communication Challenges Between Nurses and Mechanically Ventilated Patients in the Intensive Care Unit: A Structured Review

Kefalotse Dithole, DLitt et Phil, RN, RM + Sambulelwe Sibanda, PhD, BSc(HONS) + Mary M. Moleki, DLitt et Phil, RN + Gloria Thupayagale-Tshweneagae, DTech Nursing, RN, RM

Ser incapaz de falar é o mais forte preditor de sofrimento psicoemocional nas pessoas sob EOT que classificaram a maior parte da comunicação como difícil ou extremamente difícil.

9 Ana Sofia Leite

A Dificuldade em Comunicar na UUM



10

Ana Sofia Leite

Comunicação com a Pessoa sob Entubação Orotraqueal

Consulta de Follow Up da UUM

- o 6 Meses após a alta
- o Instrumentos de Avaliação
 - Short Form 36
 - EQ 5D
 - Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida após o Internamento na UUM
 - **Instrumento de Avaliação das Experiências Vividas na UUM**
 - Post-Traumatic Stress Disorder Checklist
 - Hospital Anxiety and Depression Scale

11

Ana Sofia Leite

Comunicação com a Pessoa sob Entubação Orotraqueal

Instrumento de Avaliação das Experiências Vividas na UUM

“Como se lembra da sua estadia na UUM, no que se refere aos acontecimentos que vivenciou (...) (19) da dificuldade em comunicar”

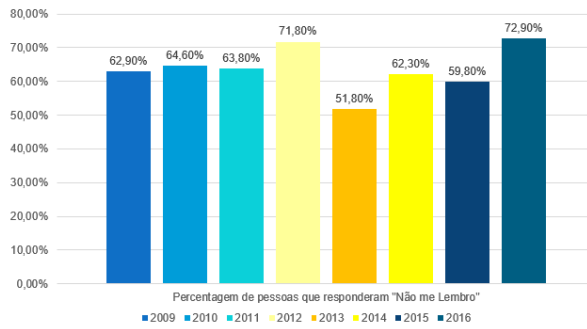
Escala Utilizada:

- | | |
|----------------------------------|--|
| 0 – Não me lembro | 4 – Custava muito, era um sacrifício |
| 1 – Não me custou nada | 5 – Era horrível, não desejo a ninguém |
| 2 – Era-me indiferente | |
| 3 – Custava-me, mas tinha de ser | |

12

Ana Sofia Leite

A Dificuldade em Comunicar na UUM

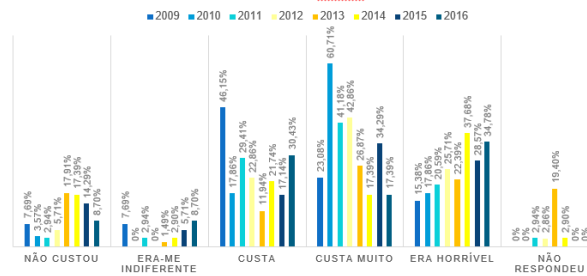


13

Ana Sofia Leite

A Dificuldade em Comunicar na UUM

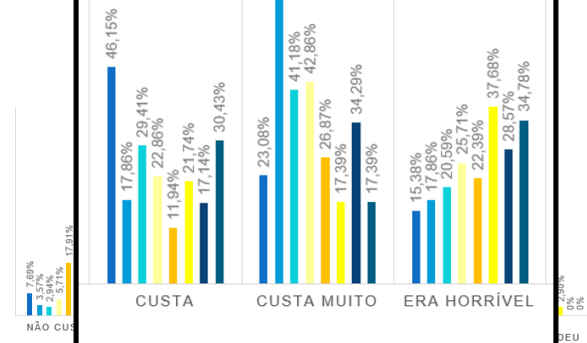
PERCENTAGEM DE PESSOAS QUE REFEREM LEMBRAR-SE DA DIFICULDADE EM COMUNICAR NA UUM POR ANO



14

Ana Sofia Leite

A Dificuldade em Comunicar na UUM



15

Ana Sofia Leite

O Processo de Comunicação na Perspetiva dos Enfermeiros da UUM



16

Ana Sofia Leite

Comunicação com a Pessoa sob Entubação Orotraqueal

Questionários Aplicados à Equipa de Enfermagem da UUM

Taxa de Resposta

61% (49 questionários respondidos)

Média de tempo de experiência em UCI da equipa de enfermagem da UUM

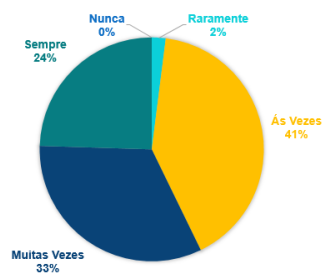
15 Anos

17

Ana Sofia Leite

Comunicação com a Pessoa sob Entubação Orotraqueal

A entubação orotraqueal é uma barreira à comunicação?

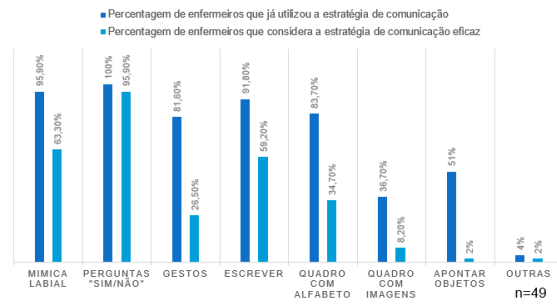


n=49

18

Ana Sofia Leite

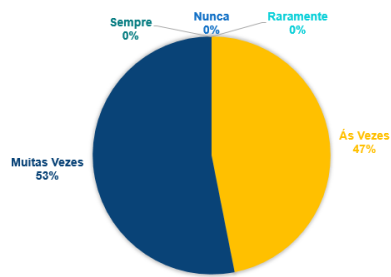
Estratégias de comunicação utilizadas pelos enfermeiros da UUM



19

Ana Sofia Leite

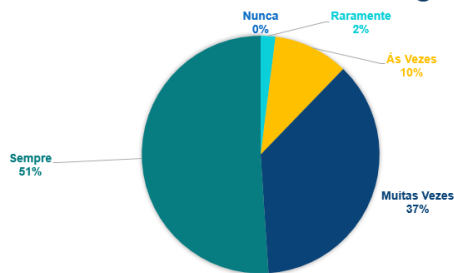
Consegue perceber toda a mensagem transmitida?



20

Ana Sofia Leite

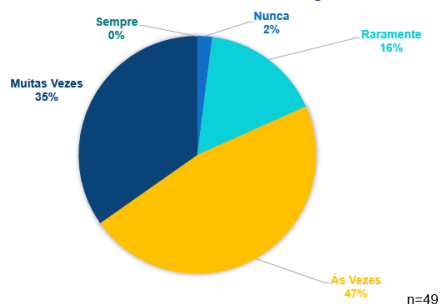
As dificuldades de comunicação limitam o plano de cuidados de enfermagem?



21

Ana Sofia Leite

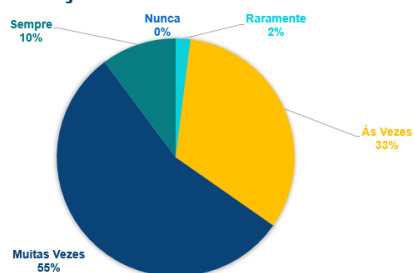
Considera que tem o tempo necessário para estabelecer a comunicação?



22

Ana Sofia Leite

Com que frequência envolve a família na comunicação?



23

Ana Sofia Leite

A Comunicação com a Pessoa sob EOT na Evidência Científica



24

Ana Sofia Leite

Dithole et al. BMC Nursing (2017) 16:74
DOI 10.1186/s12912-017-0286-5

BMC Nursing

RESEARCH ARTICLE

Open Access



Communication skills intervention: promoting effective communication between nurses and mechanically ventilated patients

K. S. Dithole¹, Glória Thupayagale-Tshweneagae², Oluwaseyi A. Akpor^{2,3*} and Mary M. Moleki²

Os enfermeiros entrevistados consideram que a formação nesta temática deve ser parte da integração inicial numa UCI.

Os enfermeiros realçam a importância do treino de competências em estratégias de comunicação.

25

Ana Sofia Leite



Evidence Review

Exploring Communication Challenges Between Nurses and Mechanically Ventilated Patients in the Intensive Care Unit: A Structured Review

Kefalotse Dithole, DLitt et Phil, RN, RM - Sambulelewe Sibanda, PhD, BS(HONS) - Mary M. Moleki, DLitt et Phil, RN - Glória Thupayagale-Tshweneagae, DTech Nursing, RN, RM

A comunicação com pessoas sob EOT com o uso de métodos adequados reduz os níveis de ansiedade da pessoa.

Foi descrito o uso eficaz de métodos de comunicação de baixa tecnologia, como quadros com alfabeto, escrever, perguntas "sim/não" ou gestos, com taxas de sucesso elevadas.

A associação de vários métodos de comunicação física como gestos, abanar a cabeça, mimica labial e a expressão facial refletiram níveis de sofrimento inferiores nas pessoas sob EOT.

26

Ana Sofia Leite



Evidence Review

Exploring Communication Challenges Between Nurses and Mechanically Ventilated Patients in the Intensive Care Unit: A Structured Review

Kefalotse Dithole, DLitt et Phil, RN, RM - Sambulelewe Sibanda, PhD, BS(HONS) - Mary M. Moleki, DLitt et Phil, RN - Glória Thupayagale-Tshweneagae, DTech Nursing, RN, RM

O uso eficaz dos dispositivos de comunicação está vinculado ao conhecimento da equipa sobre a variedade de estratégias. No entanto, existem problemas como a disponibilidade e qualidade desses dispositivos e o seu uso efetivo depende do tempo disponível para a individualização dos cuidados. A adaptação individualizada da comunicação pode ser um desafio no ambiente de UCI de ritmo acelerado.

27

Ana Sofia Leite

Feature

Promoting Effective Communication for Patients Receiving Mechanical Ventilation

Inene Grossbach, RN, MSN
Sarah Stranberg, MA, CCC-SLP
Linda Chian, RN, PhD

As ferramentas de comunicação devem estar acessíveis a todos os elementos da equipa multidisciplinar.

Sugestão de “Kit de Comunicação”:

- Quadro Branco e Marcador adequado
- Quadro com Letras (Alfabeto)
- Quadro de Imagens
- Escala de Dor
- Escala de Classificação de Dispneia

28

Ana Sofia Leite

Ferramentas de Comunicação Disponíveis na UUM



29

Ana Sofia Leite

Considerações Finais

- Otimização dos recursos disponíveis na UUM;
- Proposta de criação de um “Kit de Comunicação”, disponível em todas as salas;
- Registo das estratégias de comunicação utilizadas;
- Inclusão da temática no plano de formação anual, com vista à formação de toda a equipa de enfermagem;
- Proposta de criação de um Grupo de Trabalho sob o tema “Comunicação com a pessoa sob EOT”.

30

Ana Sofia Leite

Referências Bibliográficas

- Dithole, K.; Sibanda, S.; Moleki, M.M.; & Thupayaqale-Tshweneagae, G. (2016). Exploring Communication Challenges Between Nurses and Mechanically Ventilated Patients in the Intensive Care Unit: A Structured Review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(3), 197-206. doi: 10.1111/wvn.12146.
- Dithole, K.S.; Thupayaqale-Tshweneagae, G.; Akpor, O.A. & Moleki, M.M. (2017). Communication skills intervention: promoting effective communication between nurses and mechanically ventilated patients. *BioMed Central Nursing*, 16(74), 1-6. doi: 0.1186/s12912-017-0269-5.
- Engström, A.; Nyström, N.; Sundelin, G. & Rattray, J. (2013). People's experiences of being mechanically ventilated in an ICU: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29, 88-95. doi: 10.1016/j.iccn.2012.07.003.
- Grossbach, I.; Stranberg, S. & Chlan, L. (2011). Promoting Effective Communication for Patients Receiving Mechanical Ventilation. *Critical Care Nurse*, 31(3), 46-61.
- Guttmerson, J.L.; Bremer, K.L.; & Jones, R.M. (2015). "Not being able to talk was horrid": A descriptive, correlational study of communication during mechanical ventilation. *Intensive and Critical Care Nursing*, (31), 179-186. doi: 10.1016/j.iccn.2014.10.007.
- 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, 171-178. doi: 10.1016/j.iccn.2014.10.004.

**Apêndice VIII – Folha de presenças da sessão de formação sob o tema
“Comunicação com a pessoa sob entubação orotraqueal”**



FORMAÇÃO EM SERVIÇO – SUMÁRIO E PRESENCAS

Área/Unidade/Especialidade: UUM (Área Cuidados Intensivos e Urgência)

Tema: Comunicação com a Pessoa entubada oro-traquealmente
Data: 25 / 02 / 2019 **Hora:** 16h30 **Duração:** 1 h
Local: UUM – Sala Formação

SUMÁRIO: Enquadramento Teórico; Apresentação de resultados (UUM); Proposta de um projeto de melhoria contínua;

Formador(es): Ana Sofia Leite (Externa)

PRESENCAS			
N.º MEC.	NOME (COMPLETO E LEGÍVEL)	CATEGORIA PROFISSIONAL	UNIDADE
	Gracinda Horta	Enf.ª	UUM
	Carina Sofia	Enfermeira	UUM
	Daniela	Enfermeira	UUM
	Ana Filipa	Enfermeira	UUM
	Filipe Almeida	enf.ª	UUM
	Cláudia Silva	enf.ª	UUM
	Patrícia	chefe	UUM
	Roberto	enf.ª	UUM
	Francisco Alexandre	enf.ª	UUM
	Ana Cristina	Enfermeira	UUM
	Abraão	Enfermeiro	UUM

Responsável _____

Apêndice IX – Questionário a aplicar aos enfermeiros da UCI para avaliação 6 meses após a aplicação das propostas de melhoria

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Caro/a Colega,

Este breve questionário enquadra-se no âmbito do Estágio Final do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação – Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, e aborda a temática da comunicação com a pessoa com entubação orotraqueal.

As respostas representam apenas a sua opinião individual e o questionário é anónimo, não devendo por isso colocar a sua identificação em nenhuma das páginas. Não existem respostas certas ou erradas, por isso lhe peço que responda de forma espontânea e sincera a todas as questões. Na maioria das questões terá apenas de assinalar com uma cruz a sua opção de resposta. Em todas as questões deve considerar que a pessoa se encontra acordada.

Desde já muito obrigada pela sua participação e tempo despendido.

1. Considera que a entubação orotraqueal é uma barreira à comunicação com a pessoa?

Nunca Raramente Às Vezes Muitas Vezes Sempre

2. Nos últimos 6 meses, das seguintes estratégias, quais as que utilizou para comunicar com a pessoa entubada orotraquealmente? Pode seleccionar várias opções.

Mimica labial Perguntas com resposta “sim/não” Gestos Escrever

Quadro com alfabeto Quadro com imagens Apontar objetos Outra.

Qual? _____

3. Nos últimos 6 meses, das estratégias que utilizou para comunicar com a pessoa entubada orotraquealmente, indique as **três** que considerou mais eficazes.

Mimica labial Perguntas com resposta “sim/não” Gestos Escrever

Quadro com alfabeto Quadro com imagens Apontar objetos Outra.

Qual? _____

4. Quando utilizou as estratégias para comunicar com a pessoa entubada orotraquealmente conseguiu perceber toda a mensagem transmitida pela pessoa?

Nunca Raramente Às Vezes Muitas Vezes Sempre

5. Considera que a comunicação eficaz com a pessoa entubada orotraquealmente é imprescindível para o desenvolvimento do plano de cuidados de enfermagem?

Nunca Raramente Às Vezes Muitas Vezes Sempre

6. Considera que tem o tempo necessário para comunicar de forma eficaz com a pessoa entubada orotraquealmente?

Nunca Raramente Às Vezes Muitas Vezes Sempre

7. Nos últimos 6 meses, com que frequência envolveu a família na comunicação com a pessoa entubada orotraquealmente?

Nunca Raramente Às Vezes Muitas Vezes Sempre

Obrigada pela sua colaboração,

Enf.ª Ana Sofia Leite

Apêndice X – Consentimento informado e esclarecido aos enfermeiros da UCI

Consentimento Informado e Esclarecido aos Enfermeiros

A aluna Ana Sofia Emídio Cardoso Leite, do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação – Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, desenvolvido pelo conjunto de cinco escolas, composto por Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre e Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco encontra-se a realizar o Estágio Final na Unidade de Urgência Médica (UUM) do Hospital de São José.

No âmbito deste estágio encontra-se a realizar o Projeto de Estágio intitulado: “A Comunicação com a Pessoa com Entubação Orotraqueal – A Intervenção do Enfermeiro Especialista”. Para o seu desenvolvimento, solicita aos enfermeiros da UUM o preenchimento do questionário que se anexa, que tem como objetivo identificar as estratégias utilizadas para comunicar com a pessoa com entubação orotraqueal e o seu impacto no plano de cuidados de enfermagem.

A sua participação é de carácter voluntário, sendo garantido o anonimato do participante e não existindo quaisquer consequências pela recusa na participação do referido projeto.

Caso concorde em participar, por favor assine no espaço abaixo indicado.

Obrigado pela sua colaboração.

Eu, _____ enfermeiro/a da Unidade de Urgência Médica aceito participar no preenchimento do questionário, tendo tomado conhecimento dos objetivos do mesmo. Considero ter sido esclarecido sobre os aspetos que considero relevantes e que o não preenchimento do mesmo não me trará quaisquer constrangimentos.

Declaro que aceito participar no preenchimento do questionário

Data ____/____/____

**Apêndice XI – Cartaz para divulgação da sessão de formação sob o tema
“Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”**

**Mestrado em Enfermagem
em Associação**

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOSÉ DE EVORA

INSTITUTO
PREFEITURA
DE SAÚDE

ES
EScola
Superior
Saúde
IPortalegre

IPS
INSTITUTO
PREFEITURA DE SAÚDE
EScola Superior de
Saúde

UNIVERSIDADE DE LISBOA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
DR. LOPES DIAS

UNIVERSIDADE DE LISBOA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
DR. LOPES DIAS

FORMAÇÃO

**Comunicação Eficaz na Transição de
Cuidados de Saúde**



**21 DE JUNHO DE 2018
16H30
Enf.ª Ana Sofia Leite**

Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica

Apêndice XII – Plano de Sessão da sessão de formação sob o tema “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”

Mestrado em Enfermagem em Associação
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica



Plano de Sessão	
Tema da sessão	Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde
População alvo	Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral do Hospital de São Bernardo
Formadora	Ana Sofia Cardoso Leite
Objetivo Geral	Dotar os enfermeiros de conhecimentos para uma comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> - Transmitir conhecimentos sobre comunicação eficaz em saúde e o seu impacto na qualidade da prestação de cuidados; - Demonstrar a técnica de transmissão de informação em cuidados de saúde baseada na metodologia ISBAR; - Promover a reflexão crítica sobre a metodologia de transmissão de informação utilizada no Serviço de Urgência Geral do Hospital de São Bernardo.
Duração	45 minutos
Data	21 de junho de 2018
Local	Sala de Formação do Serviço de Urgência Geral do Hospital de São Bernardo

Etapas	Conteúdos	Métodos e técnicas pedagógicas	Equipamentos/ recursos didáticos	Tempo (min)
Introdução	Apresentação do Tema	Expositivo	Computador, Power Point; Vídeo Projetor	2
	Objetivos	Expositivo	Computador, Power Point; Vídeo Projetor	2
	Pré-Adquiridos	Interrogativo	—	3
Desenvolvimento	1. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde; 2. Passagem de informação em enfermagem; 2.1 Procedimento de passagem de informação de enfermagem do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.; 3. Metodologia ISBAR; 3.1 Metodologia ISBAR no Serviço de Urgência Geral do Hospital de São Bernardo.	Expositivo; Interrogativo; Ativo	Computador, Power Point; Vídeo Projetor	30
Conclusão	Conclusão	Expositivo	Computador, Power Point; Vídeo Projetor	3
	Avaliação da Sessão de Formação e da Formadora	Ativo	Ficha de Avaliação da Formação e da Formadora	5
Referências Bibliográficas	<p>- Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. (CHS). (2015). <i>Procedimento Passagem de Informação de Enfermagem</i>. Setúbal. Disponível em intranet.</p> <p>- Delupis, F.; Mancini, N.; Nota, T. & Pisanelli, P. (2015). Pre-hospital/emergency department handover in Italy. <i>Internal & Emergency Medicine</i>. (10), 63-72. doi: 10.1007/s11739-014-1136-x.</p> <p>- Direção Geral de Saúde (DGS). (2017). <i>Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde</i>. Norma nº 001/2017, de 08/02/2017.</p> <p>- Ordem dos Enfermeiros. (2015). <i>Deontologia Profissional de Enfermagem</i>. Lisboa.</p> <p>- Ministério da Saúde. (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Disponível em: https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2015-2020-pdf.aspx.</p>			

	<ul style="list-style-type: none"> - Santos, M.; Grilo, A.; Andrade, G.; Guimarães, T. & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. <i>Revista Portuguesa de Saúde Pública</i>. Volume Temático(10), 47-57.
Documentos criados	<ul style="list-style-type: none"> - Cartaz de divulgação da sessão de formação; - Apresentação de diapositivos; - Proposta de alteração ao documento de apoio à Passagem de Turno em Enfermagem no Serviço de Urgência Geral do Hospital de São Bernardo.
Outros documentos utilizados	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Registo de Sumários/Presenças</i>, do Serviço de Gestão da Formação, do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.; - <i>Ficha de Avaliação pelo Formando</i>, do Serviço de Gestão da Formação, do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E..
Avaliação da Sessão de Formação	<p>Os objetivos definidos para a sessão de formação foram totalmente atingidos, tendo sido transmitida informação sobre comunicação eficaz em saúde e o seu impacto na qualidade da prestação de cuidados; foi demonstrado como a metodologia ISBAR poderá ser implementada no serviço, tendo sido criado um documento que permite essa implementação que foi deixado com a equipa de enfermagem, depois de mostrarem vontade de a utilizar. Foi ainda promovido um espaço de partilha e reflexão crítica sobre a nossa prática diária no que concerne à qualidade da comunicação na transição de cuidados de saúde, onde foram identificadas boas práticas realizadas e algumas que carecem de melhoria.</p> <p>Na sessão de formação estiveram presentes sete enfermeiros.</p> <p>A avaliação global da sessão de formação realizada pelos enfermeiros presentes foi de 4 – Muito Bom (Escala de 1 – Insuficiente a 4 – Muito Bom).</p> <p>O sumário, registo de presenças e avaliação foram documentados através dos documentos do Serviço de Gestão da Formação do CHS.</p>

**Apêndice XIII – Apresentação de diapositivos da sessão de formação sob o tema
“Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”**

Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde



21 junho 2018

Ana Sofia Leite

Objetivo Geral

- Dotar os enfermeiros de conhecimentos para uma comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.

2

Ana Sofia Leite

Objetivos Específicos

- Partilhar conhecimentos sobre comunicação eficaz em saúde e o seu impacto na qualidade da prestação de cuidados;
- Demonstrar a técnica de transmissão de informação em cuidados de saúde baseada na metodologia ISBAR;
- Promover a reflexão crítica sobre a metodologia de transmissão de informação utilizada no Serviço de Urgência Geral do Hospital de São Bernardo.

3

Ana Sofia Leite

Sumário

- Comunicação Eficaz na Saúde
- Passagem de Informação de Enfermagem
 - Procedimento do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
- Metodologia ISBAR
- Passagem de Turno de Enfermagem no Serviço de Urgência

4

Ana Sofia Leite

Comunicação Eficaz na Saúde



5

Ana Sofia Leite

Transição de Cuidados de Saúde

Qualquer momento da prestação em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, que tem como missão a continuidade e segurança dos mesmos.

(...)

São momentos vulneráveis/críticos da transição de cuidados para a segurança do doente os momentos cuja complexidade envolvem um maior risco de erro na transferência de informação, como é o caso das admissões e altas hospitalares para o domicílio ou para outro nível de cuidados, e das mudanças de turno na mesma instituição.

(DGS, 2017, p.4)

6

Ana Sofia Leite

Comunicação Eficaz entre Profissionais de Saúde

Transmissão de informação entre os profissionais de saúde, que se caracteriza por ser oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor.

(DGS, 2017, p.4)

7

Ana Sofia Leite

Da Deontologia Profissional

Artigo 104.º

Do direito ao cuidado

“(…) d) Assegurar a continuidade dos cuidados, registando com rigor as observações e as intervenções realizadas;

e) Manter-se no seu posto de trabalho enquanto não for substituído, quando a sua ausência interferir na continuidade de cuidados.”

(Ordem dos Enfermeiros, 2015)

8

Ana Sofia Leite

Comunicação Eficaz na Saúde

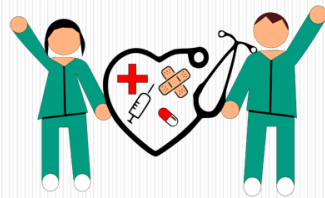
- A qualidade na transição dos cuidados de saúde aumenta a qualidade da prestação de cuidados, diminui eventos adversos e conseqüentemente diminui a mortalidade;
- Estudos internacionais indicam que 70% dos eventos adversos decorrem de falhas de comunicação nos momentos de transição de cuidados;
- Em Portugal, um estudo sobre falhas na comunicação em situações de transição verificou que 50% dos casos não tinham comunicação eficaz entre os profissionais de saúde.

(DGS, 2017)

9

Ana Sofia Leite

Passagem de Informação em Enfermagem



10

Ana Sofia Leite

Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde

Passagem de Informação em Enfermagem

- Transferência de responsabilidade do cuidado;
- Transmissão de informação complexa;
- Oportunidade de troca de experiências entre profissionais;
- Potencia a integração dos profissionais nas equipas;
- Promove a coesão das equipas.

(Santos *et al.*, 2010)

11

Ana Sofia Leite

Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde

Passagem de Informação em Enfermagem

- Assegura a continuidade de cuidados e promove a melhoria contínua da qualidade dos cuidados;
- Momento de reunião das equipas de enfermagem;
- Transmissão verbal da informação dos cuidados planeados, executados e avaliados.

(DGS, 2017; CHS, 2015)

12

Ana Sofia Leite

Passagem de Informação em Enfermagem

- Mudanças de turno;
 - Transição entre cada turno, em momento de sobreposição de horário;
 - Informação transmitida ao enfermeiro responsável pelos cuidados à pessoa;
 - Informação transmitida tendo por base a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.
- Transferência de doentes entre Departamentos e/ou Serviços;
 - Atualização do planos de cuidados, com resumo da trajetória do doente no serviço;
 - Contacto telefónico com o serviço que recebe a pessoa, para fixar o momento da transferência.

13

Ana Sofia Leite

(CHS, 2015)

Passagem de Informação em Enfermagem

- Momento da Alta;
 - Política de Alta;
 - Informação veiculada à pessoa e/ou família deve respeitar o seu nível de compreensão, e sempre que adequado, ser reforçada por escrito.

14

Ana Sofia Leite

(CHS, 2015)

Barreiras à Qualidade Passagem de Informação em Enfermagem

- Omissão de informação importante
 - Défices auditivos, visuais, dificuldades de comunicação, etc.
- Falta de precisão ou consistência da informação
 - Avaliação com descritores pouco concretos como “bem”
 - Utilização de abreviaturas
- Interrupções e ruídos frequentes
 - Diminuição da clareza da informação

15

Ana Sofia Leite

(DGS, 2017; Santos *et al.*, 2010)

Barreiras à Qualidade Passagem de Informação em Enfermagem

- Erros de informação
- Falta de priorização das atividades
- Pouca preparação individual

(DGS, 2017; Santos *et al.*, 2010)

16

Ana Sofia Leite

Metodologia ISBAR



17

Ana Sofia Leite

Metodologia ISBAR

Surge da implementação do *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*, com o objetivo de “(...) melhorar a prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis de cuidado no Serviço Nacional de Saúde” (Ministério da Saúde, 2015, p.3882-(2)).

18

Ana Sofia Leite

Metodologia ISBAR

- Recomendada pela fácil memorização e replicação em diferentes contextos;
- Uniformiza a comunicação;
- Simples, flexível, concisa e clara;
- Contribui para a rápida tomada de decisões;
- Diminui o tempo de transferência de informação.

(DGS, 2017; Delupis, Mancini, Nota e Pisanelli, 2015)

19

Ana Sofia Leite

ISBAR

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

20

Ana Sofia Leite

(DGS, 2017)

ISBAR

I	Identificação	<ul style="list-style-type: none"> - Nome completo, data de nascimento, género e nacionalidade do doente; - Nome e função do profissional de saúde emissor; - Nome e função do profissional de saúde recetor; - Serviço de origem e de destino; - Identificação da pessoa significativa.
S	Situação Atual / Causa	<ul style="list-style-type: none"> - Data e hora de admissão; - Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde; - Meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados ou a realizar.

(DGS, 2017)

21

Ana Sofia Leite

ISBAR

B	Antecedentes / Anamnese	<ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes clínicos; - Nível de dependência; - Diretivas antecipadas de vontade; - Alergias conhecidas ou a sua ausência; - Hábitos relevantes; - Terapêutica de ambulatório e respetiva adesão; - Técnicas invasivas realizadas; - Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar; - Situação social e capacitação do cuidador.
A	Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas ativos; - Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída; - Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas; - Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas.

22

Ana Sofia Leite

(DGS, 2017)

ISBAR

R	Recomendações	<ul style="list-style-type: none"> - Indicação do plano de continuidade de cuidados; - Informação sobre consultas e MCDT agendados; - Identificação de necessidades do cuidador informal.
----------	----------------------	--

23

Ana Sofia Leite

(DGS, 2017)

ISBAR no Serviço de Urgência



Passagem de Turno de Enfermagem

Serviço de Urgência Geral

Enfermeiro _____

Turno _____

Data ____/____/____

Setor _____

Posição e Identificação do Doente	Motivo de Vinda ao SUG	Diagnóstico	Antecedentes Pessoais	Avaliação	Recomendações	Observações

24

Ana Sofia Leite

ISBAR no Serviço de Urgência



Passagem de Turno de Enfermagem

Serviço de Urgência Geral

Enfermeiro _____ Turno _____ Data ___/___/___
Setor ___SO1_____

Posição e Identificação do Doente	Motivo de Vinda ao SUG	Diagnóstico	Antecedentes Pessoais	Avaliação	Recomendações	Observações
Maca 1 - A.M. 59 Anos	Cansaço fácil há 2 semanas, com agravamento progressivo	Anemia (Hb 7.5g/dl)	HTA, Dislipidemia. História de sangue vivo nas fezes na última semana.	Administradas 2 UCE. Sem perdas hemáticas visíveis.	Colonoscopia agendada para amanhã de manhã, já ingeriu 1L de Klean Prep.	

26

Ana Sofia Leite

ISBAR no Serviço de Urgência



Passagem de Turno de Enfermagem

Serviço de Urgência Geral

Enfermeiro _____ Turno _____ Data ___/___/___
Setor ___SO1_____

Posição e Identificação do Doente	Motivo de Vinda ao SUG	Diagnóstico	Antecedentes Pessoais	Avaliação	Recomendações	Observações
Maca 2 - J.L. 75 Anos	Prostração e recusa alimentar há 3 dias	Lesão Renal Aguda + ITU	HTA, DM II, AVC há 5 anos. Parcialmente dependente nas AVD.	Alimentado com tolerância. Algallado com débito urinário >800ml/turno, urina clara.	Aguarda vaga no serviço de medicina para hoje. Filha referiu não conseguir cuidar do utente após a alta, está a procurar um lar.	

26

Ana Sofia Leite

Conclusão

A qualidade na transição dos cuidados de saúde é um elemento fundamental na segurança do doente, isto porque é associada ao aumento da qualidade da prestação de cuidados, à diminuição de eventos adversos e consequentemente diminuição da mortalidade.

(DGS, 2017, p.5)

27

Ana Sofia Leite



Referências Bibliográficas

- Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. (CHS). (2015). *Procedimento Passagem de Informação de Enfermagem*. Setúbal. Disponível em intranet.
- Delupis, F.; Mancini, N.; Nota, T. & Pisanelli, P. (2015). Pre-hospital/emergency department handover in Italy. *Internal & Emergency Medicine*. (10), 63-72. doi: 10.1007/s11739-014-1136-x.
- Direção Geral de Saúde (DGS). (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma nº 001/2017, de 08/02/2017.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa.
- Ministério da Saúde. (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2015-2020-pdf.aspx>.
- Santos, M.; Grilo, A.; Andrade, G.; Guimarães, T. & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol. Temático(10), 47-57.

**Apêndice XIV – Documento proposto para apoio à transição de cuidados de saúde
no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica**

Passagem de Turno de Enfermagem

Serviço de Urgência Geral

Enfermeiro _____

Turno _____

Data ____/____/____

Setor _____

Posição e Identificação do Doente	Motivo de Vinda ao SUG	Diagnóstico	Antecedentes Pessoais	Avaliação	Recomendações	Observações

Apêndice XV – Poster científico sob o tema “A Preparação dos Enfermeiros na Gestão de Situações de Exceção e Catástrofe”

A PREPARAÇÃO DOS ENFERMEIROS NA GESTÃO DE SITUAÇÕES DE EXCEÇÃO E CATÁSTROFE

Araújo, Cláudia, RN, MSc Student (IPS - ESS)
Leite, Ana Sofia, RN, MSc Student (IPS - ESS)
Ribeiro de Deus, José, RN, MSc Student (IPS - ESS)

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica

Introdução

A gestão de uma situação de exceção e catástrofe apenas pode ser bem-sucedida se existir um bom planeamento. Para garantir a eficácia deste planeamento é necessário que os profissionais de saúde também estejam preparados para atuar e que sejam capazes de refletir sobre a forma como atuam, uma mudança que tem de começar em cada um de nós e se reflete posteriormente na nossa intervenção junto dos doentes, bem como das instituições intervenientes e decisoras.

Da análise dos artigos realça-se a incapacidade que os enfermeiros sentem na decisão e resposta a situações de exceção e catástrofe, por não se sentirem preparados.



Valorização das Competências dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

(K.2 – Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção)

Características reconhecidas aos enfermeiros importantes em situação de exceção e catástrofe:

- Capacidade para trabalhar em equipa;
- Habilidades para apoiar prevenção, preparação, resposta, recuperação e avaliação de catástrofes por trabalharem nos vários níveis de cuidados;
- Capacidade para prestar cuidados psicológicos, sociais e de apoio à família;
- Capacidade para serem mobilizados rapidamente;
- Defendem valores do cuidado humano;
- Criatividade e capacidade para improvisar;
- Habilidades de comunicação e gestão;
- Capacidade de reflexão sobre questões éticas.

Metodologia

Revisão da literatura de documentos pesquisados na base de dados científica EBSCOhost, com data de publicação entre 2013-2018, utilizando os descritores DeCS/MeSH desastre, catástrofe, enfermagem, disasters, disaster emergencies, nurse, relacionando-os através do operador booleano 'and', em combinação.

Resultados

Para que a gestão de situações de exceção e catástrofe seja bem sucedida é importante que exista um bom planeamento prévio, mas para que este se torne eficaz é vital que os profissionais de saúde tenham formação e preparação adequadas para atuar e refletir sobre a sua atuação, idealmente com o recurso a situações de simulação e treino. Os enfermeiros são normalmente dos primeiros profissionais a ser convocados, o que realça a importância da sua formação.



Conclusão

Ao falar sobre situações de exceção e catástrofe, a inadequada preparação dos profissionais de saúde, dos quais os enfermeiros fazem parte, no que diz respeito à atuação pode pôr em causa a implementação de um plano perfeitamente delineado assim como o seu bom funcionamento, sendo então importante o investimento urgente na preparação dos enfermeiros em conhecimentos e competências para atuar em situação de catástrofe, preferencialmente com recurso a exercícios de simulação prática. As questões éticas no momento da implementação do plano podem levar e/ou causar constrangimentos à atuação dos profissionais ou mesmo conflitos sociais, quer entre indivíduos ou mesmo instituições.

Referências Bibliográficas

- Grochtdreis, T.; de Jong, N.; Harenberg, N.; Görres, S. & Schröder-Bäck, P. (2016). Nurses' roles, knowledge and experience in national disaster preparedness and emergency response: A literature review. *South Eastern European Journal of Public Health*. 7: 1-19. doi:10.4119/UNIBI/SEEJPH-2016-133
- Leider, J.; DeBruin, D.; Reynolds, N.; Koch, A. & Seaberg, J. (2017). Ethical Guidance for Disaster Response, Specifically Around Crisis Standards of Care: A Systematic Review. *American Journal of Public Health*. 107(9): e1-e9. doi: 10.2105/AJPH.2017.303882
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 18 de abril de 2018, em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- Santos, C. & Dixe, M. (2017). Validação cultural do "Disaster Preparedness Evaluation Tool (DPEET®)": preparação dos enfermeiros perante uma situação de catástrofe. In M. Dixe; P. Sousa & P. Gaspar (Coords.), *Construindo conhecimento em enfermagem à pessoa em situação crítica* (pp. 69-88). Leiria: Instituto Politécnico de Leiria. ISBN: 978-989-99793-9-0

Apêndice XVI – Proposta de Norma de Procedimento sobre “Colocação e Manutenção do Sistema de Contenção Fecal”

	PROCEDIMENTO GERAL	
	Norma de Procedimento de Colocação e Manutenção do Sistema de Contenção Fecal	

SÉRIE E DATA DE EDIÇÃO		
Nº E DATA DE REVISÃO		

APROVADO PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

1. OBJETIVO:

Uniformizar boas práticas de cuidados em enfermagem no contexto de utilização de Sistema de Contenção Fecal (SCF).

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO:

Aplica-se ao Centro Hospitalar Barreiro-Montijo onde doentes adultos beneficiem da aplicação do SCF no contexto de prevenção de infeções desde que sejam considerados elegíveis para o procedimento.

3. RESPONSABILIDADES:

Pela implementação do procedimento: Enfermeiro responsável pela coordenação do Serviço de Urgência Geral, Chefes de Equipa e Enfermeiros da prestação de cuidados.

4. DEFINIÇÕES:

Sistema de Controlo Fecal - Dispositivo que consiste num cateter maleável de silicone inserido na região retal para recolha e desvio das fezes, sendo constituído por um balão de retenção de baixa pressão na extremidade distal e um conector no qual se anexa um saco coletor de fezes na outra extremidade.

Manuseamento de Sistema de Controlo Fecal – Todos os procedimentos inerentes à colocação, manutenção e remoção do Sistema de Controlo Fecal.

Fezes Semi-liquidas e Fezes Liquidas – Fezes semi-liquidas são fezes classificadas pela escala de Bristol de número 6, fezes liquidas são fezes classificadas pela escala de Bristol de número 7.

	PROCEDIMENTO GERAL	
	Norma de Procedimento de Colocação e Manutenção do Sistema de Contenção Fecal	

5. SIGLAS E ABREVIATURAS:

EPI – Equipamentos de Proteção individual

SCF – Sistema de Contenção Fecal

6. DESCRIÇÃO:

O SCF é um dispositivo que tem como função a recolha ou o desvio das fezes para um sistema de contenção, evitando assim o contato das mesmas com a pele do doente, e prevenindo contaminação ambiental no contexto de diarreias infecciosas.

Constituídos por uma cânula em silicone balonada na sua ponta distal, sendo a mesma introduzida no esfíncter anal não insuflada até à marca limite de introdução, existe também um bolso, por baixo do balão de retenção, para colocação do dedo, permitindo assim a introdução digital do dispositivo. A sonda apresenta na extremidade oposta um sistema de drenagem com um saco acoplado no qual são recolhidas as fezes semi-liquidas ou liquidas dos doentes. Após a sua colocação, o balão é insuflado com água, mediante a indicação do fabricante, possui igualmente um sistema de irrigação interno a ser utilizado em caso de oclusão da sonda ou para administração de terapêutica.

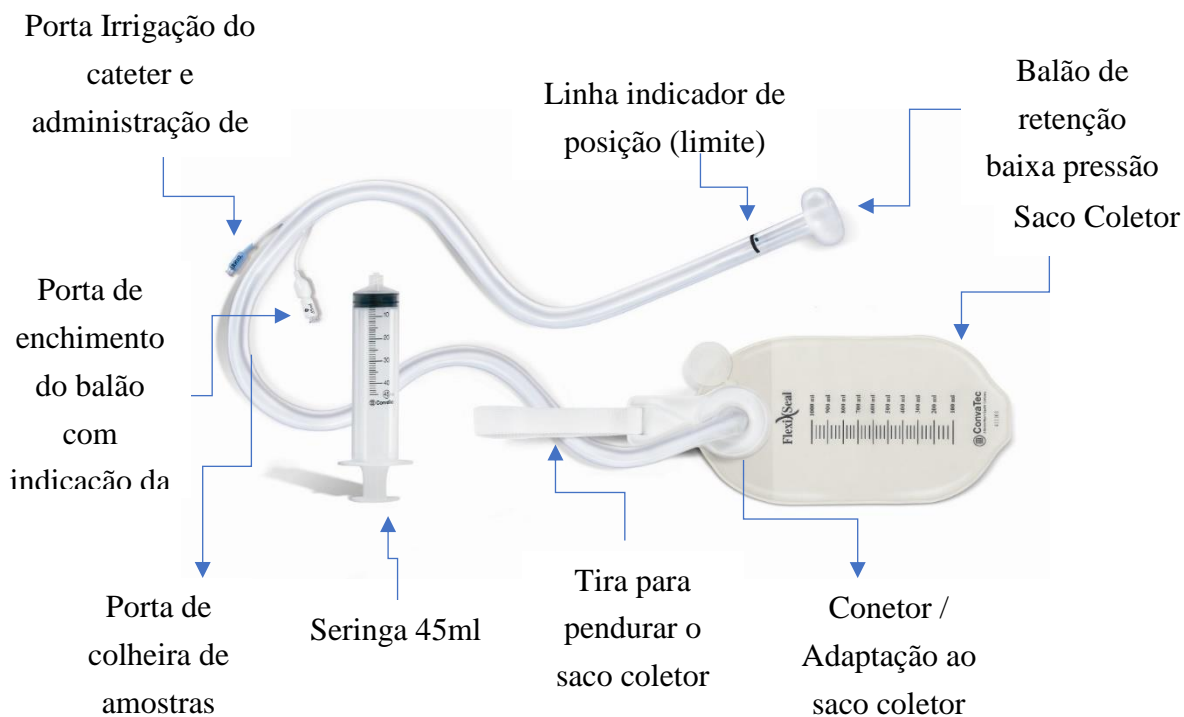


Figura 1: Sistema de Contenção Fecal

	PROCEDIMENTO GERAL	
	Norma de Procedimento de Colocação e Manutenção do Sistema de Contenção Fecal	

7. CRITÉRIOS DE UTILIZAÇÃO:

- Doentes acamados com vários episódios de incontinência fecal de fezes líquidas ou semi-líquidas (4 a 5 dejeções nas últimas 12 horas);
- Risco de contaminação fecal (fezes líquidas ou semi-líquidas) de uma ferida cirúrgica, local de queimadura ou úlcera de pressão;
- Contenção de fezes líquidas ou semi-líquidas de natureza infecciosa.

8. CONTRA-INDICAÇÕES:

- Não utilizar em doente com agitação psicomotora pelo risco de iatrogenia;
- Não utilizar em doentes com presença de fezes moldadas ou sólidas devido ao entupimento da sonda;
- Cirurgia colon retal nos últimos 12 meses;
- Presença de lesões anais ou rectais como proctite, ulcerações da mucosa, presença de hemorroidas severas, tumor retal, estenose retal ou anal;
- Impactação fecal;
- Doentes com menos de 18 anos;
- Reações alérgicas a qualquer um dos componentes no sistema;
- Tenham colocado algum dispositivo retal ou anal, ou mecanismo de administração (ex.: supositórios ou enema);
- Lesão medular acima de T5 devido ao risco de disreflexia autónoma;
- Utilização mais de 29 dias consecutivos de uso.

9. PRECAUÇÕES E OBSERVAÇÕES:

- Se o doente desenvolver hemorragia retal, avaliar possível necrose por pressão do cateter e interromper imediatamente a sua utilização;
- Para evitar lesões, não inserir objetos nem medicação no canal anal enquanto o dispositivo estiver no lugar (por exemplo supositórios);

	PROCEDIMENTO GERAL	
	Norma de Procedimento de Colocação e Manutenção do Sistema de Contenção Fecal	

- Doentes com diminuição do tónus esfinteriano podem expelir o cateter ou aumentar o extravasamento de fezes;
- Caso o doente inicie queixas de dor abdominal, distensão abdominal, dor retal ou anal intensa, deve-se informar o médico;
- Se o cateter ficar entupido com fezes deve-se irrigar com água usando apenas a porta de irrigação e nunca a porta de insuflação do balão;
- Este dispositivo é apenas para uso único e não deve ser reutilizado.

10. PROCEDIMENTO DE COLOCAÇÃO:

10.1 Recursos Materiais

Material para preparação do doente	Fundamentação
Higiene perianal: bacia, esponja, água, sabão e toalha	Limpar a região perianal de sujidade visível macroscopicamente
Resguardo descartável	Evitar conspurcação do leito Gerir recursos

EPI Enfermeiro	Fundamentação
Bata / Avental	Utilizar medidas de proteção individual
Luas não cirúrgicas	Utilizar medidas de proteção individual
Máscara cirúrgica	Utilizar medidas de proteção individual

Material de preparação de mesa de trabalho	Fundamentação
Sistema de Controlo Fecal	Gerir recursos / Organização material
5 ampolas de água destilada de 10 ml	Preenchimento do balão aquando posicionamento
Lubrificante	Diminuição do atrito na colocação Promover conforto do doente

	PROCEDIMENTO GERAL	
	Norma de Procedimento de Colocação e Manutenção do Sistema de Contenção Fecal	

10.2 Intervenção de Enfermagem

Atividades de Enfermagem no Procedimento	Fundamentação
Instruir o doente acerca do procedimento e sua necessidade	Obter colaboração Diminuir ansiedade
Obter consentimento do doente	Conduta ética
Providenciar local apropriado para procedimento	Promover privacidade do doente
Providenciar recursos para junto da unidade do doente	Gerir tempo
Realizar higienização das mãos	Prevenir infeção cruzada
Colocar EPI: bata/avental, luvas e máscara	Prevenir infeção cruzada e proteção do enfermeiro
Colocar resguardo sob a região nadegueira e posicionar o doente em posição lateral	Promover conforto ao doente Gerir recursos materiais
Realizar higiene perianal	Promover o conforto Visualizar esfíncter anal
Avaliar condições esfínterianas/toque retal	Identificar se nenhuma das contraindicações se encontra presente
Acoplar saco de drenagem ao cateter	Evitar contaminação ambiental aquando da colocação
Lubrificar o balão de retenção	Facilitar a introdução da tubuladura Gerir dor e conforto do utente
Proceder à introdução do cateter na ampola retal até à marca limite com o dedo indicador, colocando-o por baixo do balão de retenção para orientação digital	Diminuir diâmetro da tubuladura Facilitar introdução Evitar introdução excessiva
Insuflar o balão com água destilada (máximo de 45ml – ver quantidade de referência)	Reter balão no local Evitar excesso de insuflação do balão

	PROCEDIMENTO GERAL	
	Norma de Procedimento de Colocação e Manutenção do Sistema de Contenção Fecal	

indicada) através do conector, até nível de segurança	
Realizar ligeira tração até à base rectal, validando que existe 1cm até ao indicador de colocação	Evitar extravasamento
Verificar saída de fezes pela tubuladura, se necessário realizar irrigação com solução salina através da entrada de irrigação	Validar a permeabilidade do sistema
Validar junto ao doente a presença de dor ou desconforto	Gerir dor e conforto do utente
Fixar saco abaixo do nível do leito da cama	Facilitar a drenagem do conteúdo Evitar tração
Retirar EPI e proceder à lavagem das mãos	Evitar contaminação cruzada
Registar a data de colocação no processo e volume drenado	Controlar a data de colocação e programar data de remoção do SCF Avaliar volume de perdas gastrointestinais

11. MANUTENÇÃO:

- Realizar higiene perianal diária e sempre que necessário em caso de extravasamento;
- Evitar angulações na tubuladura;
- Trocar sacos de retenção sempre que tenham atingido o seu nível limite;
- Validar a permeabilidade do sistema, em caso de não se encontrar permeável, avaliar consistência das fezes, realizar lavagem/flush pelo sistema respetivo para validar permeabilização;
- Verificar o volume do balão de retenção a cada 7 dias;
- Vigilância de sinais de alarme como hemorragia retal, dor anal e distensão abdominal.

12. REMOÇÃO:

Atividades de Enfermagem durante Procedimento	Fundamentação
Explicar procedimento ao doente	Obter colaboração

	PROCEDIMENTO GERAL	
	Norma de Procedimento de Colocação e Manutenção do Sistema de Contenção Fecal	

	Diminuir ansiedade
Providenciar local apropriado para procedimento	Promover privacidade do doente
Providenciar recursos para junto da unidade do doente	Gerir tempo
Realizar procedimento de lavagem das mãos	Prevenir infeção cruzada
Colocar EPI: bata/avental, luvas e mascara	Prevenir infeção cruzada e proteção do enfermeiro
Colocar resguardo sob a região nadegueira e posicionar o doente em posição lateral	Promover conforto ao doente Gerir recursos materiais
Desinsuflar o balão de retenção com uma seringa de 50ml retirando toda a água destilada do seu interior	Reduzir o efeito de tração do balão de retenção
Retirar sonda do SCF	Remover o SCF
Descartar o dispositivo para saco branco	Promover a correta triagem de resíduos
Inspeccionar região anal	Avaliar integridade esfinteriana
Retirar EPI e proceder à lavagem das mãos	Evitar contaminação cruzada
Realizar registo do procedimento	Avaliar reação do doente Vigiar dejeções

13. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO:

- Enroscar a seringa à porta de irrigação e lavar o tubo de irrigação com 10ml de água;
- Preparar uma nova seringa com a medicação prescrita. Conecte a seringa à porta de irrigação e não à porta de insuflação e administre a medicação;
- De forma a assegurar um fornecimento da medicação no reto, deve irrigar imediatamente o tubo de irrigação com pelo menos 50ml de água. É importante ter uma pinça de clampe para poder clampar em volta do cateter após a administração para assegurar que não há refluxo;
- Remova a pinça de clampe após o tempo necessário e desejável de acordo com a medicação administrada e volte a lavar o tubo de irrigação com 10ml de água.

14. BIBLIOGRAFIA

- Binks, R.; Luca, E.; Dierkes, C.; Franci, A.; Herrero, E. & Niederal, G. (2015). Prevalence, clinical consequences and management of acute faecal incontinence with diarrhoea in the ICU: The

	PROCEDIMENTO GERAL	
	Norma de Procedimento de Colocação e Manutenção do Sistema de Contenção Fecal	

FIRST™ observational study. *Journal Of The Intensive Care Society*. 16(4), 294-301. doi:10.1177/1751143715589327.

- Bowler, P. G.; Jones, S.; Towers, V. & Welsby, S. (2011). In-vitro studies demonstrate that fecal management systems (FMS)* effectively contain and prevent *C. difficile* from spreading into the environment. *Dynamics*. 22(2), 46.
- Evans, J.; Price, J.; Yates, A. & Young, T. (2010) All Wales Guidelines for Faecal Management Systems. *London, MA: Healthcare Ltd*. Acedido a 18 de março de 2018, em http://www.welshwoundnetwork.org/files/6313/8555/6979/all_wales-faecal_systems.pdf
- Kowal-Vem, A.; Poulakidas, S.; Barnett, B.; Conway, D.; Culver, D.; Ferrari, M. *et al.* (2009). Fecal containment in bedridden patients: economic impact of 2 commercial bowel catheter systems. *American Journal Of Critical Care: An Official Publication, American Association Of Critical-Care Nurses*. 18(3 Suppl). Acedido a 18 de março de 2018, em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19623696>
- Langill, M.; Yan, S.; Kommal, D. & Michenko, M. (2012) A Budget Impact Analysis Comparing Use of a Modern Fecal Management System to Traditional Fecal Management Methods in Two Canadian Hospitals. *Ostomy Wound Management*. 58(12): 25-33. Acedido a 15 de março de 2018, em <http://www.o-wm.com/article/budget-impact-analysis-comparing-use-modern-fecal-management-system-traditional-fecal-manage>
- Padmanabhan, A.; Stern, M.; Wishin, J.; Mangino, M.; Richey, K. & DeSane, M. (2007). Clinical evaluation of a flexible fecal incontinence management system. *American Journal Of Critical Care*. 16(4), 384-393.

ANEXOS

Anexo I – Formulário de avaliação da formação em serviço utilizado na UCI

Avaliação da Formação – UUM

Ação de Formação: _____

Formador (es): _____

Data: ___ / ___ / ____

1. Qual a importância que atribui ao tema desta formação?

- Muito Importante
- Importante
- Indiferente
- Pouco Importante
- Nada Importante

2. Considera que os conteúdos abordados nesta ação de formação foram os mais adequados para o seu desempenho profissional?

- Muito adequados
- Adequados
- Indiferente
- Pouco adequados
- Nada adequados

3. Sugestões:

Obrigado.

UUM - Formação em Serviço

Anexo II – Parecer da Enfermeira Chefe da UCI sobre a implementação do projeto

Parecer da Enfermeira Responsável da Unidade de Urgência Médica

Eu, Maria Ana Trocado, na qualidade de enfermeira responsável da Unidade de Urgência Médica (UUM) do Hospital de São José, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, E.P.E., declaro que tomei conhecimento do projeto de estágio da enfermeira Ana Sofia Emídio Cardoso Leite, que tem como foco a comunicação dos enfermeiros com a pessoa com entubação orotraqueal.

Mais acrescento que, sob os princípios éticos e legais contemplados na descrição do projeto, autorizo a recolha de dados na UUM.



MARIA ANA TROCADO
ENFERMEIRA UUM

Enfermeira Maria Ana Trocado

Anexo III – Parecer da Direção de Enfermagem sobre a implementação do projeto

OFÍCIO DIRIGIDO AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Exmo. Senhor Presidente do
Conselho de Administração do
Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, E.P.E.

Eu, Ana Sofia Emídio Cardoso Leite, enfermeira em funções no Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E. e aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação – Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, desenvolvido pelo conjunto de cinco escolas, composto por Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre e Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco sob orientação da Professora Doutora Maria do Céu Mendes Pinto Marques, da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, venho requerer a vossa anuência para o desenvolvimento de um Projeto de Estágio intitulado: "A Comunicação com a Pessoa com Entubação Orotraqueal – A Intervenção do Enfermeiro Especialista", que pretende ser realizado no âmbito do Estágio Final que se encontra a decorrer na Unidade de Urgência Médica do Hospital de São José. O presente projeto irá constar do Relatório de Estágio de natureza profissional que visa a obtenção de título de mestre.

Sem outro assunto, e na expectativa de vossas prezadas notícias, subscrevo-me com elevada estima e consideração, deixando em anexo os meus contactos para eventuais dúvidas ou esclarecimentos que considerem necessários.

Lisboa, 17 de janeiro de 2019

Ana Sofia Leite

(Enf.ª Ana Sofia Leite)



OFÍCIO DIRIGIDO À ENFERMEIRA DIRETORA

Exmo. Senhora Enfermeira Armandina Antunes,
Enfermeira Diretora do
Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, E.P.E.

Eu, Ana Sofia Emídio Cardoso Leite, enfermeira em funções no Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E. e aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação – Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, desenvolvido pelo conjunto de cinco escolas, composto por Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre e Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco sob orientação da Professora Doutora Maria do Céu Mendes Pinto Marques, da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, venho requerer a vossa apreciação e parecer para o desenvolvimento do Projeto de Estágio intitulado: "A Comunicação com a Pessoa com Entubação Orotraqueal – A Intervenção do Enfermeiro Especialista", que pretende ser realizado no âmbito do Estágio Final que se encontra a decorrer na Unidade de Urgência Médica do Hospital de São José. O presente projeto irá constar do Relatório de Estágio de natureza profissional que visa a obtenção de título de mestre.

Sem outro assunto, e na expectativa de vossas prezadas notícias, subscrevo-me com elevada estima e consideração, deixando em anexo os instrumentos a aplicar e os meus contactos para eventuais dúvidas ou esclarecimentos que considerem necessários.

Lisboa, 17 de janeiro de 2019

Ana Sofia Leite

(Enf.ª Ana Sofia Leite)

Análisis e informe
a pazara la ciudad
de guaymas en
integración de un
un millares de
la ciudad,
Autoriza o
desarrollando de
proyecto de
propósito

23 JAN 2018

Armandina Antunes
Encomenda

Anexo IV – Participação nas “I Jornadas de Enfermagem – Sustentabilidade e Inovação em Enfermagem”



Anexo V – Programa das “I Jornadas de Enfermagem – Sustentabilidade e Inovação em Enfermagem”

PARCERIAS

APOIO INSTITUCIONAL



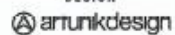
PATROCINADOR OFICIAL



APOIOS



DESIGN



I Jornadas de
Enfermagem

Escola Superior de Saúde Egas Moniz

4 e 5 fevereiro 2019

Sustentabilidade e Inovação
em Enfermagem

O PORQUÊ

O Curso de Licenciatura em Enfermagem organiza as Ias Jornadas de Enfermagem - Sustentabilidade e Inovação em Enfermagem, a realizar-se nos dias 4 e 5 de fevereiro de 2019, no Auditório Professor Doutor Martins dos Santos, na Escola Superior de Saúde Egas Moniz, no nosso Campus Universitário, Monte de Caparica, Almada, Portugal.

As Jornadas contarão com a presença de convidados ilustres regionais, nacionais e internacionais.

Contaremos também com a realização de palestras, apresentações de posters dos alunos do curso, comunicações livres e música ao vivo interpretada por grupos musicais académicos e convidados.

4 FEVEREIRO 2019

8H30 | ABERTURA DO SECRETARIADO

9H-10H | NASCER EM SEGURANÇA

Moderadora: Otília Zangão - ESES/D

Parto Vertical (Carina Sousa - HGO)

Benefícios da Cessagem Tardia do Cordão Umbilical (Ana Ferrão - CHBM-EPE)
E depois do Parto? Consulta de Enfermagem do puerpério (Tânia Ribeiro - CHBM-EPE)
Direitos Humanos na Gravidez, Parto e Pós-Parto (Vitor Varela - OE)

10H-11H | NOVAS REALIDADES NO CUIDAR A CRIANÇA E JOVEM

Moderadora: Maria Teresa Magão - ESEL

Cuidados paliativos pediátricos: a experiência do CHBM-EPE (Ana Cristina Avó - CHBM-EPE)
Cuidados paliativos pediátricos: a experiência do HGO (Vanda Vicente e Tânia Santos - HGO)
Levamos o hospital a casa! A experiência das unidades móveis de apoio no domicílio (Suzana Fradilha)

Crianças, famílias e cuidados paliativos pediátricos: desafios e oportunidades (Alexandra Correia - Linque)

11H-11H30 | COFFEE BREAK

11H30-12H30 | CERIMÓNIA DE ABERTURA

12H30-13H30 | ALMOÇO LIVRE

13H30-14H30 | COMUNICAÇÕES LIVRES

13H30-14H30 - WORKSHOP

Workshop na área da Saúde Materna e Obstétrica (a definir) - Dicoestaminal

14H30-15H30 | ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, PRESENTE E FUTURO

Moderadora: Alice Ruivo - IPS

Novos desafios para a enfermagem no cuidado a pessoa em situação crítica (Pedro Vazsoncelos - INEM)

Implementação do programa de dador de coração parado (Mário Branco - HSP)

Bactérias multirresistentes: desafios para o futuro? (Margarita Valente - DGS)

Questões éticas no doente crítico em fim de vida (Sérgio Deodato - UCP)

15H30-16H | COFFEE BREAK

16H-17H | CUIDAR NO DOMICÍLIO

Moderadora: Paula Sapeta - IPCB

Integração do doente paliativo na comunidade (Ana Almeida - Linque)

Hospitalização domiciliar (Sérgio Sebastião - HCP)

O conforto do doente em fim de vida (Raquel Pereira - CHBM-EPE)

17H-18H | COMUNICAÇÕES LIVRES

17H-18H | WORKSHOP

Ventilação não invasiva no domicílio (Linda)

18H | COCKTAIL DE BOAS VINDAS

5 FEVEREIRO 2019

9H30-10H30 | SUSTENTABILIDADE E INOVAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Moderador: Fernando Henriques - ESEC

Reabilitação Respiratória: Ecare-cod Promoção da Autogestão na DPOC (Miguel Padilha - ESEP)

Reabilitação em Cirurgia Cardíaca (Sara Rodrigues - CHNHS-EPE)

Reabilitação Motora da pessoa acometida de AVC com diáfragma (Fernando Martins - HGO)

Avaliação diagnóstica em Enfermagem de Reabilitação: Propriedades métricas do Timed up and go test no idoso (Luís Sousa - CHUC)

10H30-11H | COFFEE BREAK

11H-12H | A SAÚDE MENTAL DO SÉC XXI: NECESSIDADES E RESPOSTAS

Moderador: António Nabais - ESEL

Programa psicoeducacional e de treino de competências em setting ambulatório (Isabel Ana Santos - CHUC - Hospital Egas Moniz)

As intervenções de enfermagem na saúde mental: que resultados? (Paula Seabra - ESEL)

Das necessidades aos desafios em saúde mental no século XXI (Carlos Sequeira - ESEP)

12H-13H | COMUNICAÇÕES LIVRES

12H-13H | WORKSHOP

Desnutrição no Idoso (NESTLÉ)

13H-14H | ALMOÇO LIVRE

14H-15H | SAÚDE NA RUA

Moderadora: Amélia Figueiredo - UCP

Embaixadores da Saúde (Rui Bela Duarte - ADES Arco Ribeirinho)

Movimento Cidado dos Afetos (Fátima Neves - ADES Oeste Norte)

Saúde Sobre Rodas (Susana Santos - ADES Almada Seixal)

15H-16H | COMUNICAÇÕES LIVRES

15H-16H | WORKSHOP

Terapia de Insuflação - exsuflação mecânica por Cough Assist (Linda)

16H30-17H30 | ENSINO E INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Moderadora: Zaida Charepe - UCP

A publicação em revistas portuguesas de Enfermagem: uma necessidade profissional ou exigência académica? (José Vilelas - ESSCVP)

Resultados da implementação do projeto Best Practice Spotlight Organization (BPSO-RNAD) em Espanha (Teresa Moura Caldas - Mada U)

Tendências na investigação quantitativa em enfermagem (Maria dos Anjos Dixe - ESSL)

17H30 | ATRIBUIÇÃO DE PRÉMIOS

18H | ENCERRAMENTO DOS TRABALHOS

Anexo VI – Certificado de Participação nas “II Jornadas Defesa + Saúde – Medicina de Catástrofe”



FUNDAÇÃO CHAMPALIMAUD

14 NOVEMBRO 2018

Medicina de Catástrofe

CERTIFICADO

Certifica-se que Ava Sofia Euidio Cardoso Leite
esteve presente nas II Jornadas Defesa + Saúde: Medicina de Catástrofe, organizadas pela
Direção-geral de Recursos da Defesa Nacional do Ministério da Defesa Nacional, realizadas
no dia 14 de novembro de 2018, na Fundação Champalimaud.

Lisboa, 14 de novembro de 2018

O Diretor-geral de Recursos da Defesa Nacional

Alberto António Rodrigues Coelho

Anexo VII – Programa das “II Jornadas Defesa + Saúde – Medicina de Catástrofe”



Medicina de Catástrofe

08H00 ABERTURA DO SECRETARIADO

09H30 SESSÃO DE ABERTURA // Prof.ª Doutora Ana Santos Pinto, Secretária de Estado da Defesa Nacional

09h45-11h00 Mesa I - RESPOSTA DO SISTEMA DE SAÚDE MILITAR PORTUGUÊS EM SITUAÇÕES DE CATÁSTROFE

Armada // CNG MN Luís Bronze - Diretor de Saúde
Exército // BGEN MED Canas Mendes - Diretor de Saúde
Força Aérea // BGEN MED Paulo Neves - Diretor de Saúde
Hospital das Forças Armadas // COR MED Regina Mateus - Diretora do H FAR

Moderador:
COM MN José Manuel Jesus Silva, Diretor de Saúde Militar
Estado-Maior General das Forças Armadas

COFFEE-BREAK

11h30-13h15 Mesa II - LESSONS LEARNED

Resposta de socorro em atentados balísticos em múltiplos locais // GEN MED Henri Julien
- Presidente da Sociedade Francesa de Medicina de Catástrofe
MERC - Multi-site Events Response and Coordinated Intervention // Dr. Gonçalo Órfão - Coordenador Nacional de
Emergência da CVP
Fogo de Palasca - Lições de uma tragédia // Coronel Médico Daniel Di Giambattista
Fátima 2017 // Dr. António Marques - Presidente da Comissão Nacional de Trauma do Ministério da Saúde
Charlie Hebdo // Coronel Médico Patrick Hertgen

Moderador:
TCOR MED Paulo Campos, Comandante do Agrupamento Sanitário
do Exército

ALMOÇO

14h30-16h15 Mesa III - DESAFIOS MULTIDISCIPLINARES

Formação e treino // Professor Doutor Ramiro Bandeira - IGBAS, Universidade do Porto e Investigador do Centro
de Estudos Interdisciplinares do Século XX, Universidade de Coimbra
Medicina Veterinária em Situações de catástrofe // MAJ MED VET Júlio Carvalho - Chefe do Departamento de
Qualidade da Unidade Militar Laboratorial de Defesa Biológica e Química do Exército Português
Social Media e Comunicação em Situações de Catástrofe // Dra. Patrícia Gaspar - 2ª Comandante Operacional
Nacional do Comando Nacional de Operações de Socorro da ANPC
Aplicação do Direito em Situações de Catástrofe // UF.ª Ana Miguel Santos - Investigadora convidada em matéria
de Direito e Segurança - Universidade de Cambridge
Cooperação Civil-Militar em resposta a Situações de Catástrofe // CFR SEF Paulo Fernandes Rodrigues Palma
Comandante da Companhia Geral CIMIC ENGFA/CCOM
Intervenção Psicológica em Crise/Catástrofe - o caso de Pedrogão Grande // ALF PSI Ana Sofia do Carmo Brito
- Núcleo de Apoio e Intervenção em Crise do CPAE

Moderador:
Professor Catedrático Luís Vicente Baptista
Universidade Nova de Lisboa

16h15-16H30 MEDICINA DE CATÁSTROFE versus MEDICINA MILITAR // COM MN José Manuel Jesus Silva -
Diretor de Saúde Militar

16h30 SESSÃO DE ENCERRAMENTO // Dr. Alberto Rodrigues Coelho, Diretor-geral de Recursos da Defesa Nacional

Informações adicionais em saude-eventos.dgrdn.pt



Direção-geral de Recursos da Defesa Nacional

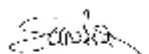
Anexo VIII – Certificado de Participação no Congresso Científico “Status 5 | Trauma, Emergência, Reanimação - O estado da arte!”

CERTIFICADO

Certifica-se que,

*Ana Sofia Emídio Cardoso
Leite*

Participou no Congresso Científico **Status 5 | Trauma, Emergência, Reanimação – O estado da arte**, que se realizou no Auditório do Fórum Lisboa, nos dias 30 de Novembro e 1 de Dezembro de 2018.



Dra. Sara Lino



Enf. Claudia Serrano



CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL



**Anexo IX – Programa do Congresso Científico “Status 5 | Trauma, Emergência, Reanimação
- O estado da arte!”**

CONTACTOS

VIMER DE SÃO JOSÉ, CHUK, ETC
 Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, EPE
 Hospital São José - VIMEO-São José
 Rua José António Semedo
 1150-199 Lisboa
 Tel: 21 864 19 57
www.vimeresocor.com

COMISSÃO ORGANIZADORA DO CONGRESSO
www.congressostatus5.com
congressostatus5@gmail.com

SECRETARIADO
 M's - W&S, Teah & Solutions
 Rua da Alameda Velha, nº71 R/C, EPE
 2675 - 347 Amadora
 Tel: +351 211 327 431
 Fax: +351 211 327 408
www.theah.com.pt
geral@theah.com.pt

LOCAL DO EVENTO
 Fórum Lisboa - Centro de Colóquio
 Assembleia Municipal
 Avenida de Roma, n.º 18 L
 1000 - 242 Lisboa
 Tel: 4351 216 170 400

STATUS5

TRAUMA EMERGENCIA REABILITACAO
O ESTADUO ARIE

FÓRUM LISBOA

PROGRAMA CIENTÍFICO

30 NOV 1 DEZ 2018

WWW.CONGRESSOSTATUS5.COM






1º DIA	30/11/2018	
<p>8:00 ABERTURA DO SECRETARIADO -</p> <p>9:00 - 9:30 SESSÃO DE ABERTURA Dra. Sandra Dias Enf. Paulo Barreiros Professora Doutora Ana Maria Esteval Sra. Enf.ª Directora Arminda Antunes -</p> <p>9:30 - 11:00 MESA REDONDA: A & B - VIA AÉREA E RESPIRAÇÃO MODERADORES: Dr. Francisco Matos Enf. Paulo Baltazar</p> <p>UPDATE CIENTÍFICO VIA AÉREA Dra. Ana Borges Santos</p> <p>VNI EM PEDIATRIA: UTILIZAÇÃO NO PRÉ-HOSPITALAR Dr. Pedro Nunes</p> <p>O2 DE ALTO FLUXO PRECOCE Dr. Nuno Germano</p> <p>VENTILAÇÃO POR PRESSÃO POSITIVA EM CONTEXTO PRÉ-HOSPITALAR EM 2018: COMO FAZER DE FORMA SEGURA E EFICAZ? Dr. Antero Fernandes</p> <p>VA DIFÍCIL NO PRÉ-HOSPITALAR A REALIDADE PORTUGUESA Dra. Solange Amaro</p> <p>11:00 - 11:30 COFFEE BREAK -</p> <p>11:30 - 13:00 MESA REDONDA: CIRCULAÇÃO MODERADORES: Dr. Luis Bento Enf. Pedro Vasconcelos</p> <p>UPDATE CIENTÍFICO CIRCULAÇÃO Dr. Rodrigo Leão</p>	<p>VIA VERDE SÉPSIS Dr. Nuno Príncipe</p> <p>FA COM RVR, QUE ABORDAGEM? Dr. Miguel Borges Santos</p> <p>GOLPE DE CALOR Dr. Miguel Sequeira -</p> <p>13:00 - 14:30 ALMOÇO -</p> <p>14:30 - 16:00 MESA REDONDA: TRAUMA MODERADORES: Dra. Ana Lufinha Enf. Luís Gonçalves</p> <p>NEUROPROTEÇÃO NO PRÉ-HOSPITALAR Prof. Doutora Celeste Dias</p> <p>CIRCUITO DOS DOENTES DE TRAUMA Dr. Renato Bessa de Melo</p> <p>FRACTURA COMPLEXA DA BACIA DO PH AO TRATAMENTO DEFINITIVO Dr. Igor Miller</p> <p>DADOS DO PRÉ-HOSPITALAR Dr. Nuno Monteiro -</p> <p>16:00 - 16:30 COFFEE BREAK -</p> <p>16:30 - 17:00 CONFERÊNCIA: CAPNOGRAFIA NO PRÉ-HOSPITALAR. QUAL A SUA UTILIDADE? Dr. Rafael Pires -</p> <p>17:00 - 17:30 CONFERÊNCIA: MODERADOR: Dra. TCOR.MED Isabel Sousa</p> <p>AIR MEDEVAC NA FORÇA AÉREA PORTUGUESA: STEP BY STEP - CAP TS Luis Gonçalves -</p> <p>17:30 - 18:00 DISCUSSÃO DE POSTERS</p>	

2º DIA

1/12/2018

8:00

ABERTURA DO SECRETARIADO

-

9:30 - 11:00

**MESA REDONDA:
PCR - PARAGEM CARDIO-RESPIRATÓRIA**

MODERADORES:

Dr. Luis Bento | Enf. Helena Correia

**UPDATE CIENTÍFICO EM REANIMAÇÃO
CARDIO-RESPIRATÓRIA**

Prof. Dr. João João Mendes

**COMPRESSÕES MANUAIS VERSUS AUTOMÁTICAS:
BENEFÍCIOS E COMPLICAÇÕES**

Dra. Adelina Pereira

CORONARIOGRAFIA PARA TODAS AS PCR?

Dr. Philip Fortuna

**eCPR: UM ANO DE PROTOCOLO NAS VMER
DA ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA**

Dr. Francisco Valente

UM ANO DE eCPR NO CHULC

Enf. Cristina José

-

11:00 - 11:30

COFFEE BREAK

-

11:30 - 13:00

**MESA REDONDA:
PRÉ-HOSPITALAR MEDICALIZADO,
CONTINUA A FAZER SENTIDO?**

MODERADORES:

Dr. Jorge Nunes | Dr. Carlos Ferreira | Enf. Miguel Correia

VISÃO DAS SALAS DE EMERGÊNCIA

Enf. Filipa de Barros

VISÃO DO ENFERMEIRO

Enf. Nuno Martins

VISÃO DO MÉDICO

Dr. Francisco Esteves

PROJECTO AÇORES

Dr. Luísa Cabral

-

13:00 - 14:30

ALMOÇO

-

14:30 - 15:00

CONFERÊNCIA:

ITEAMS UM PROJETO INEM

Dra. Filipa Barros

-

15:00 - 16:00

CONFERÊNCIA:

MODERADOR:

Dr. Francisco Abecasis

-

PCR NA CRIANÇA

Dra. Sofia Almeida

-

**3C'S - SALVA UMA VIDA:
COMO ENSINAR REANIMAÇÃO NAS ESCOLAS**

Dr. Pedro Nunes

-

16:00 - 16:30

CONFERÊNCIA:

**NOVAS SUBSTÂNCIAS PSICOACTIVAS:
FIÇÃO VERSUS REALIDADE**

Dr. Mário João Dias

-

16:30 - 17:00

COFFEE BREAK

-

17:00 - 18:00

**SIMULACRO INTERACTIVO:
SCREEN TOP COM SISTEMA DE VOTO
PARA TODOS OS PARTICIPANTES**

Enf. Rodrigo Catarino

-

18:00 - 19:00

COCKTAIL DE ENCERRAMENTO

STATUS 5 é o código de rádio utilizado pelas equipas médicas de emergência pré-hospitalar para informar o CODU da sua chegada à vítima.

STATUS 5, o Congresso Científico, é uma organização dos operacionais médicos e enfermeiros do Vistura Médica de Emergência e Reanimação do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, EPE.

Procura ser relevante na discussão do estado da arte na área da emergência médica, reanimação e trauma, através da partilha de conhecimentos para que as equipas médicas, obtenham o melhor resultado na abordagem ao doente crítico no pré-hospitalar, na urgência e nos cuidados intensivos.

COORDENAÇÃO VMER DE SÃO JOSÉ

PAULO BARREIROS

Enfermeiro Coordenador

SANDRA DIAS

Médica Coordenadora

COMISSÃO ORGANIZADORA

ANA CARNEIRO

Médica Especialista em Anestesiologia

CLAUDIA SERIANO

Enfermeira Especialista - Serviço de Urgência Geral Polivalente

FRANCISCO VIALANTE

Médico Interno de Formação específica em Anestesiologia

GONCALO ALMEIDA

Médico Especialista em Anestesiologia

INÉS ELVAS

Enfermeira - Serviço de Urgência Geral Polivalente

IRINA SILVA

Enfermeira Especialista - Unidade de Urgência Médica

JOANA MARQUES

Médica Especialista em Anestesiologia

JOÃO BIBEIRO

Enfermeiro - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

LUISA PERRY DA CÂMARA

Médica Especialista em Anestesiologia

MARIA VIEIRA DE MACEDO

Médico Especialista em Liturgia Geral

MARISA CHAGURO

Enfermeira Especialista - Serviço de Doenças Infecciosas

PAULO BARRETO

Médico Especialista em Medicina Interna

RAFAEL PIRES

Médico Especialista em Anestesiologia

RODRIGO LEÃO

Doutorado em Medicina, Médica Especialista em Medicina Interna

SARA LINO

Médica Especialista em Doenças Infecciosas

SUSANA TORMENTA

Enfermeira Especialista - Serviço de Urgência Geral Polivalente

Toda a alementar da Comissão Organizadora não Operacionais do Vistura Médico de Emergência e Reanimação do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, EPE.

COMISSÃO CIENTÍFICA

ANA LUPINHA

Médica Especialista em Anestesiologia e Coordenadora do VMER do CHULC, EPE

ANA SOFIA CORREDOURA

Médica Especialista em Medicina Interna, Diretora do Serviço de Urgência do Hospital Beatriz Ângelo.

FERNANDO SOUSA

Enfermeiro Especialista, Chefe do Serviço de Urgência Geral e Coordenador de Enfermagem do VMER do Hospital Beatriz Ângelo.

FRANCISCO ABECASIS

Médico Especialista em Pediatría, Sub-Especialista em Cuidados Intensivos Pediátricos, Coordenador Médico do Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico Sul - CHULC, EPE

FRANCISCO HIRAJOTA

Médico Especialista em Medicina Interna, Coordenador Médico de Equipa Fixa do Serviço de Urgência Geral Polivalente do CHULC, EPE

FRANCISCO MATOS

Médico Especialista em Anestesiologia, Diretor do Área de Urgência Geral Polivalente e Cuidados Intensivos do CHULC, EPE

FRANCISCO OLIVEIRA MARTINS

Médico Especialista em Cirurgia Geral do CHULC, EPE

JOÃO JOÃO MENDES

Médico Especialista em Medicina Interna, Sub-Especialista em Medicina Interna no Hospital Prof. Dr. Fernando da Fonseca e no Hospital CUF Infante Santo.

JOSÉ NUNES

Médico Especialista em Medicina Interna, Sub-Especialista em Medicina Interna, Coordenador Médico do IUC do Hospital dos Lusitãos, Médico Operatório do VMER do CHULC, EPE

JOSÉ ALEXANDRE ABRANTES

Enfermeiro Especialista, Chefe do Serviço de Medicina Intensiva e Coordenador de Enfermagem do VMER do CHULC, EPE

LUÍS BENTO

Médico Especialista em Medicina Interna, Sub-Especialista em Medicina Intensiva, Responsável pela Medicina Intensiva e Coordenador Médico da Unidade de Cuidados Intensivos do CHULC, EPE

LUÍS GONÇALVES

Enfermeiro Especialista, Chefe da Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital das Forças Armadas, Enfermeiro do VMER de Cascais

NUNO GEMANO

Médico Especialista em Medicina Interna, Sub-Especialista em Medicina Intensiva na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Curry Cabral e Médico do VMER do CHULC, EPE

PATRICIA FREITAS

Médica Especialista em Medicina Interna, Coordenadora do VMER do Hospital Dr. Fernando da Fonseca.

PAULO BALIZAAS

Enfermeiro Especialista, Enfermeiro de Referência do Serviço de Urgência Médica do CHULC, EPE

PAULO CALPINHO

Médico Especialista em Cirurgia Cardiovascular no Hospital de Santa Maria do CHULC, EPE

ROBERTO BOWEN-ALBUQUERQUE

Doutorado em Medicina, Médico Especialista em Medicina Interna, Sub-Especialista em Medicina Intensiva e Coordenador do Programa de ECMO do CHULC

RODRIGO CATARINO

Enfermeiro Especialista, Chefe do Serviço de Urgência Geral Polivalente e Enfermeiro do VMER do CHULC, EPE

SOFIA BOCHA SILVA

Médica Especialista em Doenças Infecciosas, Sub-Especialista em Medicina Intensiva, Coordenadora do VMER do CHULC, EPE

Anexo X – Programa do “3rd Intensive Care Medicine Symposium”

3RD INTENSIVE CARE MEDICINE SYMPOSIUM

Organização

Serviço de Medicina Intensiva,
Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Comissão Científica e Organizadora

Carlos Candeias
Catarina Nunes
Gustavo Jesus
Isabel Moniz
João Gouveia
João Nave
João Santos Silva
Patrícia Fonseca
Pedro Gaspar da Costa



Secretariado

Av. Professor Egas Moniz
1649-035, LISBOA
Serviço de Medicina Intensiva
Centro Hospitalar Lisboa Norte
Tel. 217 80 50 38 - 927 04 65 78
symposiummedicinaintensiva@gmail.com



3RD INTENSIVE CARE MEDICINE SYMPOSIUM LISBON, 7-8 FEBRUARY 2019

Serviço de Medicina Intensiva

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE

Grande Auditório João Lobo Antunes, Edifício Egas Moniz
Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
Campus do Hospital Santa Maria



7 February

- 08:00 – 11:00 **In loco Registration**
Registration desk:
Edifício Egas Moniz, FMUL
- 08:45 – 09:00 **Opening Remarks**
- 09:00 – 10:00 **Round table I**
TRAUMA challenges
Chairmen: P. Teles de Freitas, J. Santos Silva
The 2019 fast-track pathway for trauma: what's new?
Ernestina Gomes (Portugal)
Trauma-induced coagulopathy: rules for management in 2019
G. Jesus (Portugal)
Can we improve prognosis in traumatic brain injury?
F. Taccone (Belgium)
- 10:00 – 10:30 **Coffee-Break**
- 10:30 – 11:00 **Conference**
Chairman: H. Bento
When should I stop giving fluids?
X. Monnet (France)
- 11:00 – 11:30 **Opening Session**
Administration Board President, Clinical Director, Nurse Director, Lisbon School Faculty Director
- 11:30 – 12:30 **Clinical Session I**
ECMO challenges
Chairman: I. I. Mendes, J. Gouveia
The challenge of referring patients for ECMO center
P. Teles de Freitas (Portugal)
AKI in patients under ECMO: complex relationship?
P. Costa (Portugal)
Can VA ECMO improve the prognosis of cardiogenic shock?
R. Roncon (Portugal)
- 12:30 – 13:00 **Conference**
Chairman: I. Moniz
Brain monitoring during ECMO
F. Taccone (Belgium)

7 February

- 14:00 – 14:30 **Conference**
Chairman: J. M. Ribeiro
Leadership and Communication in Intensive Care Medicine
J. A. Paiva (Portugal)
- 14:30 – 15:00 **Meeting the Expert**
Chairman: Dorotela Silva
How do I manage cardiogenic shock in my ICU?
X. Monnet (France)
- 15:00 – 16:00 **Round Table II**
SEPSIS challenges
Chairmen: A. Aires Pereira, J. Júlio Nóbrega
Antibiotics are the most important drugs!
J. J. Mendes (Portugal)
Vitamin C and thiamine are more relevant!
P. Mergulhão (Portugal)
No... antibiotic dosing is the key point!
J. G. Pereira (Portugal)
- 16:00 – 16:30 **Coffee-Break**
- 16:30 – 17:30 **Clinical Session II**
VENTILATION challenges
Chairmen: A. Fernandes, F. Froes
High-flow oxygen therapy: just for the mild ARDS patient?
F. Froes (Portugal)
P-SILI and Ergotrauma: mechanisms of lung injury?
J. Gouveia (Portugal)
Setting the best PEEP: where do we stand?
T. Mauri (Italy)
- 17:30 **Closing Remarks**
- 13:00 – 13:30 **Satellite Symposium**
"Invasive Fungal Infections in the Critically Ill Patient"
Prof. Doutora Lurdes Santos (C.H. São João)

8 February

- 08:30 – 10:00 **Round Table III**
QUALITY challenges: Bringing Quality Forward
Chairman: M. Abranches
Resilience in the ICU: keeping up with the change
I. Cardoso (Portugal)
The contribution of Evidence Based Practice ...
A. Teixeira (Portugal)
NOTIFICA: reporting critical events in the ICU
V. Fonseca (Portugal)
- 10:00 – 10:30 **Conference**
Chairman: J. Gouveia
Imaging and physiology at bedside: protecting the lung during mechanical ventilation
I. Mañá (Italy)
- 10:30 – 11:00 **Coffee-Break**
- 11:00 – 12:00 **Clinical Session III**
INFECTION challenges
Chairmen: P. Mergulhão, A. Ramos
Treatment of multidrug resistant gram negative bacteraemia
S. Paulo (Portugal)
Extracorporeal cytokine removal in septic shock?
E. Lafuente (Portugal)
Refractory septic shock: how do I treat it?
J. J. Nóbrega (Portugal)
- 12:00 – 12:30 **Conference**
Chairman: A. Alvarez
The future of Intensive Care Medicine...
J. M. Ribeiro (Portugal)
- 12:45 – 13:00 **Closing Session**
Chairman: J. M. Ribeiro (Portugal)

Anexo XI – Certificado de Participação na Palestra sob o tema “O papel do Enfermeiro na Unidade de Cuidados Intensivos”

CERTIFICADO

DE PARTICIPAÇÃO

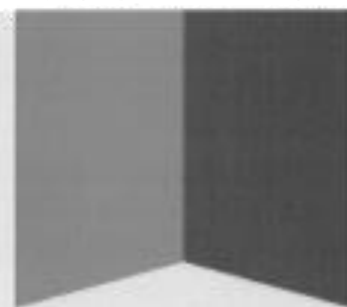
A Bwizer certifica que

ANA SOFIA LEITE

frequentou a Palestra:

O papel do Enfermeiro na Unidade de Cuidados Intensivos

ministrada por João Moura Meireles, teve a duração de 2h,
e decorreu no dia 15 de Fevereiro de 2019, entre as 18h e as 20h
nas instalações do Hotel 3k Barcelona, em Lisboa.



bwizer.
your evolution

Organizada por unidades formadoras

Hugo Belchior

Hugo Belchior
Coordenador e chefe de serviços de formação

www.bwizer.com

Anexo XII – Certificado de Participação no “2nd *International Congress on Emergency – ICE*”



ICE 2019

INTERNATIONAL CONGRESS ON EMERGENCY | APEMERG | PORTUGAL

CERTIFICADO

Certifica-se que

Ana Sofia Emídio Cardoso Leite

esteve presente no International Congress on Emergency 2019, promovido pela Associação Portuguesa de Enfermeiros e Médicos de Emergência (APEMERG).

Porto, 5 de Abril de 2019

Tiago Carvalho

Presidente da direção da APEMERG



PATROCÍNIO CIENTÍFICO



PATROCÍNIO COMERCIAL



www.apemerg.pt | (+351) 966 226 022 | apemerg@gmail.com

Anexo XIII – Programa do “2nd *International Congress on Emergency – ICE*”

PROGRAMA



ICE 2019

INTERNATIONAL CONFERENCE ON EMERGENCY CARES - PORTUGAL

8:00 ABERTURA DO SECRETARIADO

9:00 Emergências Pediátricas e Obstétricas

Moderador: Pedro Nunes - Hospital Prof.
Doutor Fernando Peresca

1. Update em Emergências Pediátricas |
Francisco Abecasis - CH Lisboa Norte (H
Santa Maria)
2. Update em Emergências Obstétricas |
Márcia Conceição - ACES Porto Oriental

10:00 Suporte Avançado de Vida: Algoritmo vs Fisiologia

Moderador: Tiago Carvalho - Hospital Vila
Francisca da Xira

1. Algoritmo | Hélder Ribeiro - IAPM
2. Fisiologia | João João Mendes - Hospital
Prof. Doutor Fernando Peresca

11:00 COFFEE-BREAK

11:30 Choque Cardiogénico

Moderador: Jorge Nunes - Hospital
Lusitânicos Lisboa

1. Suporte Farmacológico | Christopher
Strong - CH Lisboa Ocidental (H de Santa
Cruz)
2. Suporte Mecânico | Paulo Figueiredo -
CHU São João (Hospital São João)

12:30 Melhor Trabalho Científico de 2018

Apresentação e entrega de Prémio

13:00 ALMOÇO

14:30 Israel Mass Casualty

Keynote Speaker: Pinchas Halpern - Tel-Aviv
Medical Center

15:15 Emergência Médica em Ambientes Especiais

Moderador: Luis Gonçalves - Força Aérea
Portuguesa

1. O Papel da Câmara Hiperbárica | Oscar
Cervantes - USL, Matosinhos
2. Extrema Medicina | Rodrigo Catarino -
CHU Lisboa Central (H São José)
3. Transporte Aéreo do Doente crítico |
Gonçalo Almeida - Força Aérea Portuguesa

16:30 COFFEE-BREAK

17:00 Trauma

Moderador: Tiago Amaral - CHU Lusóvia
Central (H São José)

1. Damage Control | Fernando Ferreira - USL,
Matosinhos
2. Experiência EMR | Carlos Freitas - SRPC, IP
- RMMatris
3. Abordagem pré-hospitalar do doente com
TCE Grave | Jean-François Pajot - CHU
Grenoble

18:15 Gestão do TCE Grave nas primeiras 24 horas

Keynote Speaker: Jean-François Pajot -
CHU Grenoble

19:00 Encerramento

Tiago Carvalho, Presidente da APMEBC |
Principais conclusões e desafios

Anexo XIV – Certificado do Curso de “Suporte Avançado de Vida”



EUROPEAN
RESUSCITATION
COUNCIL
www.erc.edu

European Resuscitation Council vzw
Emile Vanderveldelaan 35
BE-2845 Niel - Belgium

Ana Sofia Emídio Cardoso Leite

09/12/1990

received the ERC qualification
Advanced Life Support (ALS)
in Setúbal, Portugal

Vanda Maria SEROMENHO
Course Director



Date last course: 14/07/2018

This certificate is valid from 14/07/2018 to 14/07/2023

To verify the validity of this certificate please visit <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> and enter ERC-905-979187

CCLXXVI

Anexo XV – Certificado do Curso “*International Trauma Life Support*”



ITLS
International
Trauma Life Support

ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS

Certificate of Participation

Ana Leite, RN

**has completed the
Advanced Provider Course**

date

9/30/2018

course site

IP Setubal, Setúbal,

course director

Dr. Luis Cardoso MD

course coordinator

Luis Figueiredo RN



ITLS
International
Trauma Life Support

Improving Trauma Care Worldwide

This continuing education activity is approved by the Commission on Accreditation for Pre-Hospital Continuing Education (CAPCE).

Continuing Education Hours: 16.00 Course #: 17-ITLS-F2-AP02 CEH Type: Advanced

You have participated in a continuing education program that has received CAPCE approval for continuing education credit. If you have any comments regarding the quality of this program and/or your satisfaction with it, please contact CAPCE at: 12300 Ford Road, Suite 350, Dallas, Texas 75234 - 972.247.4442 - jscott@capce.org

CE Provider: International Trauma Life Support (Provider No. ITLS0008)

<p>_____</p> <p>Card Holder's Signature</p> <p>Successful completion does not warrant performance or authorize or qualify the card holder to perform any procedure. This recognition is subject to the provisions and limitations of applicable chapter statutes and licensing acts.</p> <p>International Trauma Life Support 3000 Woodcreek Drive, Suite 200 Downers Grove, IL 60515 www.itrauma.org</p>	<p> ITLS 276010-34000 International Trauma Life Support</p> <p>Ana Leite, RN</p> <p>has successfully completed the cognitive skills evaluation in accordance with the standards of International Trauma Life Support for this course.</p> <p>Advanced Provider Course</p> <p>Card Issue Date 9/30/2018 Expiration Date 09/2021</p> <p>Course Number 34000 Course Location IP Setubal, Setúbal,</p>
--	--

Anexo XVI – Critérios de avaliação para o transporte intra-hospitalar da Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

Avaliação para o transporte intra-hospitalar*

A avaliação deve ser efectuada no serviço de origem, previamente ao transporte. O resultado (em pontos atribuídos em função do estado clínico ou risco previsível) define as necessidades de recursos humanos para o acompanhamento, a monitorização e o equipamento, para qualquer nível de gravidade de doente, não desresponsabilizando o médico que toma a decisão de como deve ser efectuada o transporte.

1. VIA AÉREA ARTIFICIAL Não Sim (tubo de Guedel) Sim (se intubado ou com traqueostomia recente)	0 1 2	8. PACEMAKER Não Sim, definitivo Sim, provisório (externo ou endocavitário)	0 1 2
2. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA FR entre 10 e 14 / min FR entre 15 e 35 / min Apneia ou FR < 10 / min ou FR > 35 / min ou respiração irregular	0 1 2	9. ESTADO DE CONSCIÊNCIA Escala de Glasgow = 15 Escala de Glasgow > 8 e < 14 Escala de Glasgow ≤ 8	0 1 2
3. SUPORTE RESPIRATÓRIO Não Sim (Oxigenoterapia) Sim (Ventilação Mecânica)	0 1 2	10. SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLÓGICO Nenhum dos abaixo indicados Grupo I: Naloxona Corticosteróides Manitol a 20% Analgésicos Grupo II: Inotrópicos Vasodilatadores Antiarrítmicos Bicarbonatos Trombolíticos Anticonvulsivantes Anestésicos Gerais Dreno torácico	0 1 2
4. ACESSOS VENOSOS Não Acesso periférico Acesso central em doente instável	0 1 2		
5. AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA Estável Moderadamente estável (requer < 15mL/min) Instável (inotrópicos ou sangue)	0 1 2		
6. MONITORIZAÇÃO DO ECG Não Sim (desejável) Sim (em doente instável)	0 1 2		
7. RISCO DE ARRITMIAS Não Sim, baixo risco * (e EAM > 48 h) Sim, alto risco * (e EAM < 48 h)	0 1 2		
		TOTAL ...	

* Baixo risco = sem risco imediato de vida ou sem necessidade de intervenção terapêutica imediata.

* Alto risco = risco imediato de vida ou necessitando de intervenção terapêutica imediata.

Pontos	Nível	Acompanhamento	Monitorização	Equipamento
0-2 (apenas com O2 e linha EV)	A	Auxiliar	Nenhum	Nenhum
3-6 (sem nenhum item com pontuação 2)	B	Enfermeiro	Sat. O2, ECG, FC, TA não invasiva	Insufador manual + Máscara + Guedel
≥ 7 ou < 7 se item com pontuação 2	C	Médico + Enfermeiro	Sat.O2, ECG, FC, TA e Capnografia se indicado	Monitor sinais vitais, Ventilador transporte, Material para a via aérea avançada.

Nos locais com transportes frequentes, o material clínico de transporte deve estar previamente organizado, segundo o definido pela instituição, armazenado em contentores/malas portáteis e com avaliação/controlo periódico, de acordo com procedimento de auditoria institucional, com registo e arquivo para posterior avaliação.

(OM & SPCI, 2008, p.33)

Anexo XVII – Certificado de apresentação do *Poster Científico* “A Preparação dos Enfermeiros na Gestão de Situações de Exceção e Catástrofe”



1^{as} Jornadas de
Enfermagem

Escola Superior de Saúde Egas Moniz

CERTIFICADO DE POSTER

A Comissão Organizadora certifica que

Ana Sofia Leite

realizou um poster nas 1^{as} Jornadas de Enfermagem - Sustentabilidade e Inovação em Enfermagem,
que decorreram nos dias 4 e 5 de fevereiro de 2019, na Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

Director da Escola Superior de Saúde Egas Moniz

Coordenadora do Curso de Licenciatura em Enfermagem

Presidente da Comissão Organizadora

AFPE
NUTRICIONAL



PARCELIROS
OFICIAIS

