



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



**IPBeja**

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA



Instituto Politécnico Portalegre

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



IPS Instituto Politécnico de Setúbal



Instituto Politécnico de Castelo Branco

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

**A segurança do doente crítico cardíaco:  
transição de cuidados do pré-hospitalar para a  
Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia  
de Intervenção**

**Helena Isabel Excelente Pinto**

Orientação: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria do Céu Mendes Pinto  
Marques

**Mestrado em Enfermagem**

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

Relatório de Estágio

Évora, 2018



## **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO  
JOÃO DE DEUS**  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



**IPBeja**

INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE BEJA



Instituto  
Politécnico  
Portalegre

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE  
PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



IPS Instituto  
Politécnico de Setúbal



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO  
BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

**A segurança do doente crítico cardíaco: a  
transição de cuidados do pré-hospitalar  
para a unidade de angiografia digital e  
cardiologia de intervenção.**

**Helena Isabel Excelente Pinto**

Orientação: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria do Céu Mendes Pinto  
Marques

**Mestrado em Enfermagem**

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

Relatório de Estágio

Évora, 2018

*“o único lugar onde sucesso vem antes do trabalho é no dicionário”*

Albert Einstein

## AGRADECIMENTOS

À Orientadora de todo o percurso e trabalho final Professora Doutora Maria do Céu Marques.

À Enfermeira Especialista Sílvia Alminhas, responsável pela orientação do ensino clínico, por todo o empenho e dedicação no meu percurso de aquisição de competências, bem como pela persistência para o sucesso do projeto.

A toda a turma do curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na área de Especialização Médico-Cirúrgica, em especial aos três colegas que me acompanharam nas aventuras e aprendizagens em Madrid.

À minha família!

## **RESUMO**

O presente relatório surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação, Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica. O objetivo é apresentar uma reflexão acerca da forma como os contextos clínicos capacitam o Enfermeiro para cuidados diferenciados, permitindo desenvolver competências comuns, específicas e de mestre, em diferentes domínios, na promoção de cuidados de enfermagem de qualidade à pessoa em situação crítica. Os contextos clínicos capacitam o Enfermeiro Especialista para um cuidar diferenciado, baseado nas mais recentes evidências científicas, uma vez que os contactos com situações complexas o habilitam a responder em tempo útil e de forma adequada. A omissão ou ruído na transferência de informação na transição de cuidados, entre os profissionais de saúde, afeta negativamente a segurança do doente crítico, pelo que se torna imperativo definir estratégias de optimização para uma comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.

### **Palavras-chave**

Enfermagem Médico-Cirúrgica, Doente Crítico, Comunicação Eficaz, Transição de Cuidados

# THE SAFETY OF THE CRITICAL HEART PATIENT: THE CARE TRANSITION OF PRE-HOSPITAL TO THE DIGITAL ANGIOGRAPHY AND INTERVENTIONAL CARDIOLOGY UNIT

## **ABSTRACT**

The present report was performed under the scope of Master Nursing Degree in Association: Medical-Surgical Nursing: Person in Critical Situation. The aim is to present a reflexion of how clinical contexts enable the Specialist Nurse to develop a differentiated care, allowing him to acquire common, specific and master skills, in different domains, in order to promote nursing quality care to the one in critical condition. The clinical contexts allows the healthcare professional to handle a differential care, based in the most recent scientific evidence, since contacts with complex situations empower him to respond in due course and appropriately. The omission or noise in the transfer of information in care transition, amongst healthcare providers, negatively affects the critical patient safety, therefore being mandatory to define optimization strategies to an effective communication in transition on health care.

## **Keywords:**

Medical-Surgical Nursing, Critical Patient, Effective Communication, Care Transition

## **LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS**

AV – Auriculoventricular

A3ES – Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior

BCRE – Bloqueio Completo de Ramo Esquerdo

Bpm – Batimento por minuto

DGS – Direção Geral da Saúde

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EIM – Estratégia de Intervenção *Major*

EMC:PSC – Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica

EPE – Entidade Pública Empresarial

FCG – Fundação Calouste Gulbenkian

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBAR – Identify, Situation, Background, Assessment e Recommendation

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

OE – Ordem dos Enfermeiros

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e de Resistência a Antimicrobianos

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RCR – Reanimação Cardiorrespiratória

SAMUR – Servicio de Assistencia Municipal de Urgencia e Rescate

SCA – Síndrome Coronário Agudo

TSV – Taquicardia Supraventricular

UADCI – Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos

UME – Unidade Móvel de Emergência

VMER – Viatura Médica de Emergência de Reanimação

VIR – Veículo de Intervenção Rápida

SIV – Suporte Imediato de Vida

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SUMMA – Servicio de Urgencias Medicas de Madrid

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>1. APRECIACÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS</b> .....	5
1.1. Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção .....	7
1.1.1.Enquadramento.....	8
1.1.2.Estrutura, recursos físicos e materiais .....	10
1.1.3.Recursos Humanos .....	12
1.1.4.Análise da População .....	12
1.1.5. Análise De Produção De Cuidados .....	13
1.2. Unidade de Cuidados Intensivos Coronários.....	17
1.2.1.Enquadramento.....	18
1.2.2.Estrutura, recursos físicos e materiais .....	18
1.2.3.Recursos Humanos .....	18
1.2.4.Análise da população alvo.....	19
1.2.5.Análise da produção de cuidados .....	19
1.3. SAMUR - Servicio de Assistencia Municipal de Urgencia y Rescate .....	20
1.3.1.Enquadramento.....	20
1.3.2.Estrutura, recursos físicos e materiais .....	21
1.3.3.Recursos Humanos .....	22
1.3.4.Análise de População alvo .....	22
1.3.5.Análise de Produção de Cuidados .....	22
1.4. SUMMA 112 .....	25
1.4.1.Enquadramento.....	25
1.4.2.Estrutura, recursos físicos e materiais .....	27
1.4.3.Recursos Humanos .....	27
1.4.4.Análise de População Alvo .....	27
1.4.5.Análise de Produção de Cuidados.....	28
1.5. VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação de Évora.....	28
1.5.1.Enquadramento.....	28
1.5.2.Estrutura, recursos físicos e materiais .....	30
1.5.3.Recursos Humanos .....	30
1.5.4.Análise de População Alvo .....	31

1.5.5. Análise de Produção de Cuidados .....	31
<b>2. ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO MAJOR .....</b>	<b>33</b>
2.1. Fundamentação .....	33
2.1.1. O Doente Crítico Cardíaco .....	35
2.1.2. Qualidade em Saúde e Segurança do doente .....	36
2.1.3. Transição de Cuidados .....	37
2.2. Diagnóstico de Situação .....	38
2.2.1. Procedimentos .....	39
2.3. Definição de Objetivos .....	40
2.4. Planeamento e Execução .....	40
2.5. Apresentação de Resultados e Discussão .....	44
2.6. A Check-list .....	52
2.7. Avaliação .....	54
2.8. Divulgação dos Resultados .....	55
<b>3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS .....</b>	<b>57</b>
3.1. Competências Comuns .....	58
3.2. Competências Específicas .....	65
3.3. Competências de Mestre .....	76
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>78</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>81</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>LXXXVII</b>
Apêndice I – Proposta de Relatório de Estágio à Comissão de Ética da Universidade de Évora – Modelo T-005 e respetivo Anexo .....	LXXXVIII
Apêndice II – Pedido de Autorização ao Conselho de Administração do Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE .....	XCVI
Apêndice III – Questionário de Diagnóstico de Situação .....	C
Apêndice IV – Apresentação <i>Power-Point</i> Formação em Serviço .....	CIII
Apêndice V – <i>Check-list</i> Final .....	CVII
Apêndice VI – Questionário Avaliação da Implementação da <i>Check-list</i> .....	CIX
Apêndice VII – Documento de Trabalho da Unidade de Cuidados Intensivos Coronários .....	CXII
Apêndice VIII – Resumo Comunicação Livre .....	CXVIII
Apêndice IX – Apresentação Comunicação Livre .....	CXXI

<b>ANEXOS</b> .....	CXXXI
Anexo A – Certificado Estágio SAMUR.....	CXXXII
Anexo B – Certificado Estágio SUMMA 112 .....	CXXXIV
Anexo C – Certificado Estágio VMER Évora .....	CXXXVI
Anexo D – Avaliação Estágio VMER Évora.....	CXXXVIII
Anexo E – Resposta Comissão de Ética da Universidade de Évora.....	CXLIII
Anexo F – Certificado de Participação <i>Jornadas Municipales de Catástrofe</i>	CXLV
Anexo G – Certificado de Participação Doente Crítico ´17 .....	CXLVII
Anexo H – Certificado de Participação X Jornadas de Cardiologia de Évora	CXLIX
Anexo I – Certificado de Participação no V Encontro de Enfermeiros Especialistas Enfermagem Médico-Cirúrgica.....	CLII

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Fases de Planeamento da EIM .....	41
--	----

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Percentagem de participantes e não participantes na resposta ao questionário de levantamento de necessidade .....	45
Gráfico 2 – Respostas à Questão n.º 1 .....	47
Gráfico 3 – Respostas à Questão n.º 2 .....	47
Gráfico 4 – Respostas à questão n.º3 .....	48
Gráfico 5 – Respostas à Questão n.º 4 .....	49
Gráfico 6 – Respostas à Questão n.º5 .....	49
Gráfico 7 – Respostas à questão n.º 6 .....	50
Gráfico 8 – Respostas à Questão n.º 7 .....	51
Gráfico 9 – Respostas à Questão n.º 8 .....	51
Gráfico 10 – Respostas aos questionários de avaliação de implementação da <i>Check-list</i> .....	54

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 -Tipo e número de veículos do SAMUR em 2017 .....	21
Tabela 2 - Nome e número de meios do pré-hospitalar do SUMMA 112.....	27
Tabela 3 – Universo de indivíduos elegíveis para participar na resposta ao questionário .....	44
Tabela 4 - Resultados da identificação da população-alvo que respondeu ao questionário de diagnóstico de situação por grupo profissional e por serviço .....	44

Tabela 5 - Percentagem de respostas SIM da segunda parte do questionário, segundo serviços da população-alvo.....	46
---	----

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho, Relatório de Estágio, decorre da Unidade Curricular Estágio Final do Mestrado em Enfermagem em Associação, promovido por cinco Instituições de Ensino Superior: Universidade de Évora; Instituto Politécnico de Beja, Instituto Politécnico de Portalegre, Instituto Politécnico de Setúbal e Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Este percurso académico, com a duração de três semestres, tem o seu término após a entrega e discussão do relatório de estágio, pretendendo-se que as atividades desenvolvidas culminassem na aquisição de conhecimentos e competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica (EMC:PSC) e nas competências de Mestre em Enfermagem.

A Enfermagem enquanto disciplina, não foge ao seu corpo próprio de conhecimento, tendo, necessariamente, de ter como foco os fenómenos com os quais a Enfermagem se depara, como uma disciplina orientada pela ciência, realizando a práxis alicerçada em conhecimento e em fortes evidências científicas (Meleis, 2012). Assim, e de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, o Enfermeiro Especialista é o

“enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (Decreto-Lei n.º 161, 1996; p. 2960).

Para garantir a aquisição das competências anteriormente referidas foi essencial o desenvolvimento de competências ao nível do conhecimento, ou seja, da capacidade de compreensão e aplicação da mesma, da tomada de decisão, de auto-aprendizagem, de auto-avaliação e de comunicação. Todas estas metas alcançadas proporcionaram concomitantemente o desenvolvimento de competências de Mestre em Enfermagem na área da Pessoa em Situação Crítica (PSC) e, certamente, um olhar diferenciado do profissional de saúde, perante as questões teóricas e práticas desenvolvidas em contexto da prática de enfermagem. Ao longo deste percurso académico foram tidas, como referencial profissional, as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros para o enfermeiro especialista nesta área, segundo a qual um

“especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (Regulamento n.º 122/2011, 2011; p. 8648).

Relativamente à área específica da PSC, as competências especializadas de enfermagem implicam

“cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (Regulamento n.º 124/2011, 2011; p. 8656).

Aquando do término da fase curricular foi necessário decidir a escolha do local de ensino clínico do Estágio Final que, por um lado, reunisse condições de elegibilidade para receber estudantes estagiários, e, por outro, se adequasse, perante o seu conteúdo funcional, tecnológico e prático, com os objetivos curriculares do Mestrado e também com a pretensão de conhecimentos e valores diferenciados nos cuidados à pessoa em situação crítica, elegidos pela Estudante como fundamentais para a sua valorização pessoal e profissional.

Durante esse período, a estudante encontrava-se em transição de local de trabalho, da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Mora para o Serviço de Urgência Básica de Estremoz, onde já exercia funções na ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV), um meio pré-hospitalar alocado a este serviço. Nestas ambulâncias, os enfermeiros asseguram cuidados de saúde diferenciados, fazendo o acompanhamento de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência, dispondo de equipamento de suporte imediato de vida. Os meios SIV têm como objetivo a estabilização pré-hospitalar até à chegada de uma equipa de suporte avançado de vida, sendo da sua responsabilidade, na maioria das vezes, o transporte do doente crítico.

No âmbito do seu exercício profissional foi perceptível a existência de um número significativo de emergências médicas do foro cardíaco em detrimento de outras emergências médicas ou de trauma. Timóteo e Mimoso (2018), num artigo original de análise dos 15 anos do Registo Nacional de Síndromes Coronárias Agudas, referem existir até ao momento 45 141 registos, a maioria do sexo masculino (71%), com idade média de 66 anos, sendo que dessa população total, 44% são enfartes com elevação do

segmento ST. Assim, considerou-se pertinente a realização de um estágio que permitisse a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e técnicas específicas, por forma a melhorar a prestação de cuidados ao doente crítico, em geral, e ao doente cardíaco, em especial, no decorrer do exercício profissional. Não pode também aqui ser negligenciada a motivação pessoal, dado desde sempre, ao longo do seu percurso profissional, ter havido uma busca constante de novas aprendizagens que lhe permitissem ser todos os dias uma melhor profissional que prestasse cuidados seguros e de qualidade aos doentes.

Com base no exposto, surgiu a intenção da realização do estágio numa unidade de hemodinâmica, decidindo-se pela Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção (UADCI) do Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE), EPE. Foi a partir das necessidades sentidas enquanto profissional e depois do contacto com esta unidade, que surgiu a problemática da atividade *major* que deu o nome ao relatório sob o tema **Segurança do doente crítico cardíaco: transição de cuidados do pré-hospitalar para a Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção**. A intervenção realizada na UADCI proporcionou a consecução de um instrumento estruturado de registo, uma *check list*, que promoveria uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde aquando da transição de cuidados do pré-hospitalar para a unidade de hemodinâmica, conducente à segurança do doente, utilizando como pilar a norma 001/2017 da Direção Geral da Saúde (DGS): comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.

Ao longo do Estágio Final e, tendo como finalidade o desenvolvimento de competências, foram desenvolvidas outras atividades fora da UADCI, nomeadamente a realização de três estágios, no âmbito da prestação de cuidados no meio extra-hospitalar, um no SAMUR *Protección Civil – Servicio de Asistencia Municipal de Urgencia y Rescate*, em Madrid, outro na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) de Évora e outro no SUMMA 112 – *Servicio de Urgencias Medicas de Madrid*. Sendo a UADCI uma valência do serviço de cardiologia do HESE, EPE, foi possível realizar oito turnos na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC), com o objetivo de desenvolver competências e observar o circuito de cuidados destes doentes.

Importa referir que, ao longo deste percurso formativo, foi essencial a mobilização de um referencial teórico de enfermagem, tendo sido, por conseguinte, tido em conta o

modelo de aquisição de competências de Patricia Benner (2001), pelo que também as reflexões presentes neste Relatório de Estágio serão articuladas com este modelo teórico.

Assim, para o Relatório de Estágio foram definidos os seguintes objetivos:

- Descrever os diferentes contextos do percurso formativo de prática supervisionada;
- Descrever, analisar e refletir sobre o percurso formativo com vista à aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica.
- Descrever, analisar e refletir sobre o percurso formativo com vista à aquisição das competências de Enfermeiro Mestre;
- Descrever, analisar e apresentar os resultados da Estratégia de Intervenção Profissional realizada;

Relativamente à organização deste documento, ele será dividido em três partes. A primeira **Apreciação dos Contextos Clínicos**, contempla a análise de todos os contextos de aprendizagem onde decorreu o Estágio Final e foram desenvolvidas atividades que levaram à aquisição das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, bem como as de Mestre em Enfermagem. Na segunda parte, designada de **Estratégia de Intervenção Major**, será explanada a atividade *major* deste Estágio final, contemplando todas as etapas que possibilitaram a sua consecução. A reflexão sobre todo o percurso formativo de prática supervisionada está contemplada no capítulo **Análise Reflexiva sobre as Competências Adquiridas**. Este Relatório de Estágio termina com a **Conclusão**.

Este trabalho segue as diretrizes do novo acordo ortográfico português e rege-se pelas normas de referência da *American Psychological Association*, na sua edição mais recente.

## 1. APRECIÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS

Este ponto é dedicado à descrição dos contextos clínicos, realizados em ambiente supervisionado, nos quais foram desenvolvidas competências de Enfermeiro Especialista, em EMC-PSC, e de Enfermeiro Mestre. Todos os locais escolhidos<sup>1</sup> se enquadram nas organizações de prestação de cuidados de saúde à população, facto que nos remete para os pressupostos baseados em princípios éticos e de qualidade, rigorosamente controlados e avaliados.

Foi permitido aos alunos que, durante o seu processo de aquisição de competências de enfermeiro especialista em enfermagem Médico-cirúrgica, na vertente PSC, fossem ambiciosos e independentes na escolha do seu percurso formativo. Benner (2001) enaltece ao longo de toda a sua obra a importância das práticas de enfermagem e sua aprendizagem, afirmando que estas crescem através da aprendizagem experiencial bem como através da transmissão dessa aprendizagem nos contextos de cuidados. Acrescenta ainda que *“as práticas não podem ser completamente objectivadas ou formalizadas porque têm sempre de ser trabalhadas em novas formas no âmbito de interacções particulares em momentos reais”* (Benner, 2001; p. 12).

Neste sentido, a busca de novas aprendizagens, com a finalidade de um enriquecimento profissional maior, passou pela decisão de conhecer outras realidades profissionais e até culturais, no âmbito da prestação de cuidados à PSC tanto a nível hospitalar quanto a nível pré-hospitalar.

A nível hospitalar, foi de comum acordo com Sra. Professora Orientadora que seria imprescindível a passagem pela UCIC, não só para a aquisição de competências de nível prático e relacional com o doente crítico cardíaco, mas também porque o serviço aceitou colaborar na estratégia de intervenção profissional. A nível pré-hospitalar, foi possível realizar atividades em três locais distintos, perfazendo um total de 102 horas de estágio, tendo estes sido determinantes para o crescimento pessoal e profissional e, sobretudo,

---

<sup>1</sup> **Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE** - onde foi desenvolvida uma atividade *major*, designada de Estratégia de Intervenção Profissional, explanada no terceiro capítulo deste Relatório (UADCI, UCIC e VMER), **SAMUR** e **SUMMA 112**.

uma grande alavanca para a aquisição de competências transversais à missão do profissional de saúde, em geral e, em particular, do enfermeiro especialista.

Considera-se importante a diversidade de contextos clínicos no decorrer do percurso formativo, sendo estes locais especializados no socorro e no atendimento ao doente crítico, revelando-se determinantes para a aquisição de competências, conduzindo a um maior enriquecimento profissional. Este ambiente é apoiado por Benner (2001), quando a autora refere que “a enfermagem é praticada em contextos reais, com dificuldades, possibilidades e recursos reais. Os ambientes de trabalho podem criar constrangimento às habilidades de resposta eficaz que cada pessoa possui. A enfermagem é socialmente construída e colectivamente concretizada” (p.18).

A recolha de dados, nas suas mais variadas formas, foi uma constante neste percurso formativo e, tal como Coutinho (2015) refere, é uma ferramenta essencial já que dela depende a qualidade científica dos resultados e das conclusões do estudo.

Para o presente Relatório de Estágio foram utilizadas quatro técnicas de recolha de dados: a análise documental, o questionário, as técnicas de observação e as técnicas de conversação. Esta Apreciação de Contextos Clínicos foi alicerçada, no que diz respeito à descrição dos vários locais, essencialmente, em duas destas técnicas: a de Observação e a de Conversação.

As técnicas de observação são definidas por Coutinho (2015) como uma das estratégias de recolha de dados que objectivam o registo de unidades de interacção numa situação social bem definida, baseando-se no que é visto e ouvido pelo observador, que desta forma consegue documentar atividades, comportamentos e características físicas, dependendo somente dele próprio. Esta observação pode ser estruturada se o investigador tiver, por exemplo, planeado a sua observação através de instrumentos, como grelhas de avaliação, ou até mesmo ter pré-definido um protocolo de observação; ou pode ser uma observação não estruturada em que existe uma observação “natural”, sendo esta a mais utilizada na investigação qualitativa (Coutinho, 2015).

Face ao exposto, considera-se esta técnica de extrema importância na recolha de dados no desenvolvimento do percurso formativo, e embora presente em todos os contextos clínicos, destacam-se os estágios do SAMUR e do SUMMA 112, na medida em que foi

o contacto direto com estas instituições e a participação interventiva no seu contexto de atuação, que permitiu a recolha de informação, a qual surge explanada ao longo de todo este documento.

A técnica de conversação, tal como a de observação, foi uma ferramenta chave para a recolha de dados, surgindo como uma entrevista não estruturada em que as questões surgem do contexto imediato e são levantadas no curso natural dos acontecimentos (Coutinho, 2015). De facto, as conversações, formais e informais, com os enfermeiros supervisores dos estágios e com outros intervenientes nos variados contextos da prática supervisionada, foram acontecendo espontaneamente e permitiram a obtenção de informação através das questões colocadas e respondidas, contribuindo para o pretendido processo de desenvolvimento de competências.

Julga-se, por conseguinte, pertinente enquadrar a missão específica, de cada Instituição, os recursos existentes em cada local e, com recurso a literatura científica e institucional, validar as técnicas e os procedimentos vivenciados em contexto de estágio. Todavia, a informação recuperada e explanada no presente Relatório de Estágio é o resultado das análises e reflexões técnico-científicas, que, nesta fase avançada do Mestrado, pressupõem um olhar diferenciado para a prática da Enfermagem, em geral e, em particular, para os cuidados de saúde ao doente crítico cardíaco.

### **1.1. Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção**

A UADCI, também chamada de laboratório de hemodinâmica, situa-se no piso zero do HESE, EPE.

O HESE, E.P.E. é um hospital público geral, integrado na rede do Serviço Nacional de Saúde (SNS) da Região Alentejo. A atividade desenvolvida é dirigida à prestação de cuidados de saúde diferenciados, adequados e em tempo útil de forma a conseguir garantir padrões elevados de desempenho técnico-científico, promovendo uma eficaz e eficiente gestão de recursos, de humanização e possibilitando aos seus colaboradores um bom desenvolvimento profissional.

O HESE, EPE localiza-se intramuros da cidade de Évora e é composto por três edifícios, um que é propriedade da Santa Casa da Misericórdia, outro que é o edifício do Patrocínio e ainda o Edifício do Espírito Santo, onde funcionam diferentes serviços e

especialidades. A atividade hospitalar centra-se no Internamento, Consultas Externas, Urgência (Geral e Pediátrica), Hospital de dia (Pediatria e Oncologia), Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT's). O Estágio Final, relatado e analisado neste relatório, decorreu na Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção, situado no edifício do Espírito Santo.

De acordo com informação recolhida no sítio da internet oficial do HESE, EPE<sup>2</sup>, este hospital rege-se pelos seguintes valores: “Respeito pela dignidade e direitos dos cidadãos; Excelência técnica; Cultura da melhor gestão; Respeito pelas normas ambientais; Promoção da qualidade; Ética, integridade e transparência; Motivação e ainda Trabalho de equipa”.

A área de influência de primeira linha abrange 150 mil pessoas, correspondendo ao Distrito de Évora, num total de 14 Concelhos. Em segunda linha abrangerá cerca de 440 mil pessoas, correspondente a toda a região do Alentejo, num total de 33 Concelhos (15 do Distrito de Portalegre, 13 do Baixo Alentejo e 5 do Alentejo Litoral). Adicionalmente, o HESE, EPE presta, de acordo com o previsto nos documentos da Rede de Referenciação Hospitalar do SNS, a oferta de cuidados de saúde diferenciados para toda a região do Alentejo, nomeadamente, nas seguintes valências: Pneumologia, Neonatologia, Imunoalergologia, Pedopsiquiatria, Hematologia, Cirurgia Plástica, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Vascular, Imunohemoterapia, Anatomia Patológica, Nefrologia, Gastroenterologia, Patologia Clínica, Oncologia, Radioterapia, Hemodinâmica.

#### 1.1.1. Enquadramento

A UADCI foi inaugurada no dia 19 de Junho de 2009, entrando em funcionamento a 23 de Junho de 2009. Todavia, apenas passou a funcionar 24 horas por dia a partir do início do ano de 2013 e exclusivamente para situações de emergência. Esta data finda com a letargia vivida em matéria de assistência permanente ao doente em situação crítica, passando o Alentejo a possuir o primeiro serviço de apoio permanente à vítima de EAM.

---

<sup>2</sup>Disponível em <http://www.hevora.min-saude.pt/>

Esta alteração ao funcionamento do laboratório de Hemodinâmica do HESE, EPE, permitiu dar resposta aos doentes oriundos do distrito de Beja, que se juntaram aos doentes dos distritos que já vinham recebendo este apoio, de Évora e Portalegre. Um dos grandes benefícios com a implementação do serviço foi, sem dúvida, o facto dos doentes não necessitarem de serem transferidos para Lisboa, como acontecia anteriormente<sup>3</sup>.

Segundo Ramrakha e Hill (2012) “o tempo é essencial na reperfusão e cada instituição deve ter um protocolo de recomendações. É imperativo que não existam atrasos quer no processo de decisão quer na implementação dos processos de reperfusão” (p. 268). Assim, o atraso na prestação de cuidados diferenciados ao doente com EAM é uma catástrofe, pois “Tempo é Miocárdio”. A transferência de um doente com EAM, até ao funcionamento permanente da unidade de hemodinâmica, acarretava um tempo médio de 3 a 4 horas, representando a existência de um laboratório de hemodinâmica disponível 24 horas por dia, todos os dias, uma mais-valia, na medida em que o tratamento de doentes que são vítimas de enfarte depende muito da celeridade com que é feito.

Importa também referir a importância de uma ativação precoce das equipas dos laboratórios de hemodinâmica, realizadas pelas equipas do pré-hospitalar, que podem, efectivamente, colmatar este atraso do tratamento. Franco et al., (2014) referem que as atuais diretrizes clínicas aquando da ocorrência de um EAM com elevação do segmento ST sugerem a ativação da equipa de angioplastia primária ao nível pré-hospitalar, permitindo uma maior celeridade no início da terapia de reperfusão dos doentes com EAM.

O tempo de reperfusão no EAM com supradesnivelamento do segmento ST é um modulador crítico do benefício terapêutico da reperfusão na manutenção da viabilidade do miocárdio em risco e, neste contexto, o tempo de demora, desde o primeiro contacto médico até à reperfusão, constitui um indicador de qualidade no EAM (Ferreira, 2017).

A UADCI tem como missão o tratamento de doentes com problemas cardíacos, permitindo a realização de angioplastias que são fundamentais para tratar doentes com

---

<sup>3</sup> <http://www.hevora.min-saude.pt/servicos-clinicos/especialidades/cardiologia/>

EAM. As vítimas da doença coronária podem ser tratadas mediante a administração de trombolítico por via endovenosa, ou através da angioplastia primária, em contexto de enfarte emergente. Por sua vez, a angioplastia primária é o melhor tratamento para o enfarte. A angioplastia primária, quando realizada atempadamente e executada por equipas experientes, é a melhor opção para o tratamento do EAM com supradesnivelamento do segmento ST (Pereira et al., 2016).

A celeridade com que é realizada a reperfusão no doente com EAM com supradesnivelamento do segmento ST consegue avaliar o benefício da terapêutica de reperfusão na conservação da funcionalidade do miocárdio em risco e na preservação da função sistólica ventricular esquerda, que têm impacto na sobrevivência a curto e longo prazo do doente (Ferreira, 2017). Esta evidência, da eficácia da intervenção coronária percutânea primária (ICPP) veio, conseqüentemente, alterar a intervenção de reperfusão farmacológica que foi estabelecida na era da reperfusão farmacológica com agentes fibrinolíticos, que foram posteriormente suplantados pela maior eficácia da ICPP na obtenção de reperfusão com impacto na sobrevivência dos doentes (Ferreira, 2017).

Nesta unidade, o âmbito do exercício da enfermagem é a prestação de cuidados de enfermagem nas vertentes científica, técnica e relacional, tendo em conta a dignidade humana, o bem-estar do doente e respetiva família ou pessoa significativa, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados, nas diversas especialidades de intervenção clínica, por exemplo, Cardiologia, Neuroangiografia, Nefrologia, Vascular e Ressonância Magnética.

#### 1.1.2. Estrutura, recursos físicos e materiais

A UADCI, situa-se no piso zero do HESE, EPE, mais concretamente no lado este, junto à entrada principal. Em frente a esta entrada existe um pequeno átrio com cadeiras onde os familiares podem permanecer enquanto esperam a realização do procedimento ao seu familiar. Este espaço permite aos familiares acompanharem de perto todo o processo, colocando a família como mais um utilizador do serviço de enfermagem (Mendes, 2015). Neste sentido, considera-se que o espaço, apesar de externo ao laboratório de hemodinâmica, como estando também ele integrado na UADCI. Relativamente ao restante espaço físico, é composto por duas unidades de exames diferenciadas - a unidade de Ressonância Magnética e a sala de Angiografia.

Ao entrarmos na UADCI encontramos uma sala ampla com três unidades equipadas (camas, monitores de avaliação de sinais vitais e monitorização cardíaca e respiratória, seringas infusoras, rampas de oxigénio e vácuo) e prontas a receber doentes, bem como, cinco cadeirões para o mesmo efeito, sendo esta sala considerada o Recobro da Unidade. É um espaço que poderemos considerar exíguo devido às suas dimensões, e tendo em conta os recursos materiais que comporta, coloca dificuldades na circulação dos profissionais de saúde, bem como das camas/macas.

Esta sala situa-se entre o Serviço de Ressonância Magnética e a sala de angiografia. É neste espaço que se faz o acolhimento do doente antes e após o procedimento. Seja o doente para cateterismo cardíaco proveniente do exterior em contexto de cateterismo emergente ou que se encontra em regime de ambulatório ou internado no serviço de Cardiologia. Este serviço recebe ainda os doentes (adultos e crianças) que se encontram internados em qualquer outra especialidade do HESE, EPE e que vêm realizar o exame Ressonância Magnética e, por conseguinte, podem necessitar do apoio anestésico para realização do mesmo. Assim, este local funciona como recobro pós-anestésico. É portanto, neste local que se inicia o processo de relação terapêutica entre enfermeira e doente, ou seja, desenvolve a sua função de relação de ajuda. Benner (2001) refere que “a relação da cura: criar um ambiente propício ao estabelecimento de uma relação que permita a cura” (p. 76), demonstrando que as intervenções de enfermagem podem fazer a diferença no progresso do doente.

A sala designada de Sala de Comandos é um espaço munido de diversos equipamentos informáticos, computadores, consolas de raio-X, visualizadores de imagem, polígrafos (registo do sinal fisiológico que provém do doente que está na mesa de angiografia), equipamento informático e *software* de registo de IVUS (Ultrassom Intracoronário – permite a quantificação da lesão por meio de imagens intravasculares). É, em suma, uma sala de comandos informáticos onde são produzidos os relatórios de angiografia, que fornece todo o apoio logístico e informático à sala de Angiografia para que o procedimento possa ser efectuado na máxima segurança.

A sala de Angiografia é composta por uma mesa equipada com aparelho de Raio-X, polígrafo, monitor desfibrilhador, electrocardiógrafo, balão intraórtico, monitor de imagem digital para realização de OCT (tomografia de coerência ótica), ventilador, carro de emergência e anestesia e todo o material logístico necessário para realização do

procedimento, cateteres, baínhas, introdutores, balões, *stents*, entre outros. Esta sala comunica com o armazém do material mencionado anteriormente, material de uso clínico e farmácia (armazenamento de fármacos) e a uma outra divisória correspondente à zona de sujos.

### 1.1.3. Recursos Humanos

Por turno estão distribuídos dois enfermeiros na prestação de cuidados. Nesta unidade, a equipa é multidisciplinar, como já foi referido anteriormente, e por conseguinte desempenham funções, outros profissionais de diversas categorias nomeadamente: 2 Assistentes Operacionais (um por turno); 7 Técnicos de Radiologia (um por turno); 5 Técnicos de Cardiopneumologia (dois por turno). Relativamente à equipa médica é constituída por diversas especialidades: Neuroradiologista; Cardiologistas; Nefrologistas; Anestésistas e Internos das várias especialidades médicas.

A UADCI encontra-se na dependência do Serviço de Cardiologia, sendo a sua Enfermeira Coordenadora de Enfermagem a mesma, em conjunto com a Enfermeira Responsável da Unidade, que efetua a gestão da mesma. A equipa de enfermagem é constituída por três elementos fixos e cinco elementos que praticam horário rotativo, entre a unidade e o serviço de internamento de cardiologia.

### 1.1.4. Análise da População

A unidade dá apoio à população do Alto Alentejo (Elvas e Portalegre) e Alentejo Central (Évora), com o objetivo e efetuadas todas as diligências num futuro próximo, de ter abrangência de todo o Alentejo (Litoral e Baixo Alentejo). De acordo com dados recolhidos no site PORDATA<sup>4</sup> existiam até 31 de Dezembro de 2017 107.057 residentes na região do Alto Alentejo e 154.536 na região Alentejo Central, totalizando um total de 261.593.

No ponto seguinte será descrito o tipo de cuidados passíveis de ser prestados a esta população.

---

4

<https://www.pordata.pt/Municipios/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente++estimativas+a+31+de+Dezembro-120>

### 1.1.5. Análise De Produção De Cuidados

No sentido de contextualizar a dinâmica funcional e estrutural, importa referir que as intervenções à população-alvo da UADCI dividem-se em quatro distintas áreas, cada uma com atividades diferenciadas, Nefrologia, Vascular, Cirurgia Geral e Cardiologia.

As atividades da área da Nefrologia são a angiografia de acessos venosos e arteriais, sejam fístulas arterio-venosas ou próteses para realização de hemodiálise; flebografias; implantação de cateteres centrais para hemodiálise e também desobstrução química de cateteres centrais para hemodiálise. Na área de especialidade da Vascular as atividades prendem-se com a realização de angiografia e/ou angioplastia dos membros inferiores (artérias femorais, popliteias e piteosas), da artéria aorta e carótidas e com a implantação de próteses aórticas. A implantação de Implantofix® é a atividade realizada pela especialidade de Cirurgia Geral. É a especialidade de Cardiologia que mais atividades desenvolve na UADCI, subdividindo-se na área de Arritmologia com a realização de implantação de *pacemakers* definitivos, CRT (*Cardiac resynchronisation therapy*<sup>5</sup>) e Holter Implantável e na área da Hemodinâmica com a realização de angiografias e angioplastia das artérias coronárias (primárias, electivas e OCTs); realização de angiografia valvular para a preparação de cirurgia cardiotorácica e também a realização de coronariografia esquerda e direita.

Relativamente ao seu funcionamento, a UADCI tem como horário, com equipa multidisciplinar presente, de segunda a sexta-feira, das 8.00h às 21.00h. Cada uma das valências mencionadas no parágrafo anterior tem dias estipulados para as diversas atividades, nomeadamente: nefrologia nas quartas-feiras no período da tarde; vascular na quinta-feira no período da manhã a unidade de *pacing*, funciona segunda-feira todo o dia e quinta no tempo da tarde e por último a hemodinâmica efetua os seus procedimentos terça e sexta-feira durante todo o dia e quarta-feira no período da manhã. No que respeita à Cirurgia Geral, efetua os seus procedimentos em tempos previamente combinados na ausência de qualquer outra valência, sem qualquer periodicidade estabelecida mas extremamente útil na diminuição da lista de espera dos doentes que aguardam implantação de cateteres com reservatório, na dependência da quimioterapia.

---

<sup>5</sup> Em Português: Terapia de Ressincronização Cardíaca

No período em que a UADCI está encerrada, as situações de urgência/emergência (Angioplastias Primárias) desta valência são asseguradas por uma equipa (médico, enfermeiro, técnico de Cardiopneumologia e técnico Radiologia) em regime de prevenção.

Os cuidados de enfermagem prestados na UADCI têm por base o Processo de Enfermagem. O processo de enfermagem proporciona aos enfermeiros os fundamentos para as habilidades de pensamento crítico necessárias para o desenvolvimento de um exercício seguro e eficiente (Alfaro-LeFevre, 2005). É, de acordo com Alfaro-LeFevre (2005), caracterizado por ser sistemático e dinâmico (tendo em contas as cinco etapas inter-relacionadas) e também humanizado e dirigido a resultados, sendo por isso essencial a todas as abordagens de enfermagem. A mesma autora defende que para um uso do processo de enfermagem competente é necessário que os enfermeiros tenham uma ampla base de conhecimentos de enfermagem, pensamento crítico, habilidades interpessoais e técnicas fortes bem como ter uma capacidade e desejo de cuidar.

O processo de enfermagem desenvolve-se em cinco etapas consecutivas e indissociáveis: inicia-se pela **Avaliação Inicial**, que inclui a colheita de dados e sua análise, sendo a partir daqui feito o levantamento de problemas, de forma a ser construído um **Diagnóstico de situação**, através do qual é feito um **Planeamento de cuidados** com determinação de prioridades imediatas, estabelecimento de metas que determinarão as intervenções a realizar, e posterior **Implementação das intervenções** de enfermagem, o qual carece de nova **Avaliação** podendo ou não modificar-se o plano de enfermagem construído (Alfaro-LeFevre, 2005).

Considera-se que esta metodologia promove uma prestação de cuidados organizada, possibilitando a sistematização da informação colhida junto do doente e família e permite planear, de forma individualizada e formal, os cuidados de enfermagem quer nas ações dependentes quer nas interdependentes, ideia corroborada por Alfaro-Lefevre (2005):

“o uso do processo de enfermagem complementa o que os outros profissionais de cuidados da saúde fazem, enfocando tanto os problemas médicos e a resposta individual, quanto os planos de tratamento e as mudanças nas atividades cotidianas. O processo de enfermagem busca a promoção da saúde, maximizando a independência, a sensação de bem-estar e a capacidade de funcionamento, independentemente da presença de alguma doença ou incapacidade” (p. 55).

Não obstante o uso do processo de enfermagem, na etapa avaliação, a utilização da abordagem ABCDE na avaliação do doente crítico, sendo esta a abordagem que sistematiza e organiza a prestação de cuidados aos doentes desta unidade. Esta abordagem de avaliação do doente crítico é caracterizada por ser sistematizada, deve ser realizada de forma célere e é composta por cinco etapas, enunciadas pela sua ordem de prioridade: **A**: Permeabilização da Via Aérea; **B**: Ventilação e Oxigenação; **C**: Assegurar a Circulação com controlo da Hemorragia; **D**: Disfunção Neurológica e **E**: Exposição (INEM, 2012; Teirney, Ahmed e Nichol, 2017; Souza e Chagas, 2018).

Teirney, Ahmed e Nichol (2017) referem que esta abordagem deve guiar a avaliação inicial do doente, assim como a sua ressuscitação, se necessário. Segundo estes autores são importantes as reavaliações frequentes da condição do doente, bem como a sua resposta às medidas terapêuticas iniciais implementadas, na medida em que esta abordagem é um processo dinâmico (Teirney et al., 2017).

No decorrer do estágio foi possível colaborar nos cuidados de enfermagem aos doentes que entravam na sala de hemodinâmica, seja em contexto de especialidade de Nefrologia, Vascular e Cardiologia, permitindo desta forma conhecer todas as valências desta unidade, bem como a prestação de cuidados de enfermagem na sala de admissão/recobro, tendo sempre em alicerçada às suas práticas não só o processo de enfermagem, como também a avaliação e intervenção de acordo com a abordagem ABCDE.

Foi possível acompanhar por diversas vezes o doente desde a sua admissão na sala até à transferência do mesmo, fosse para domicílio ou para a unidade de internamento de cardiologia. O esclarecimento de dúvidas conseguido através da informação fornecida e ensino aos doentes foi uma constante, na medida em que o doente se encontra numa situação de vulnerabilidade e incerteza, sendo necessária manter uma relação terapêutica e de confiança com o mesmo. Esta relação mencionada parece-nos ser a essência do que Benner (2001) descreve como “a presença: estar com o doente” (p.83), ou seja uma relação de ajuda baseada nas relações pessoais entre doente e enfermeira, relação esta que, por si só, é essencial ao doente: a presença junto deles.

No que respeita à aquisição de competências em Enfermagem à PSC, foi um estágio enriquecedor, apesar de quase todos os procedimentos serem programados e o doente se

encontrar estabilizado, eram doentes críticos submetidos a tratamentos ou exames de alta complexidade com protocolos terapêuticos complexos. Durante e depois dos procedimentos os doentes encontravam-se em situação de vulnerabilidade por estar a acontecer um procedimento invasivo e era essencial estar consciente para a antecipação de complicações e atuar face às mesmas. Assim, a avaliação hemodinâmica do doente foi uma constante, tal como a comunicação entre a equipa sempre que existia alguma alteração. Benner (2001) defende que a enfermeira perita deve ter competências em altura de urgências vitais possuindo uma apreensão rápida de um problema, assim como deve saber gerir os acontecimentos fazendo corresponder rapidamente as necessidades e os recursos em situações de urgência.

Além da prestação de cuidados, foi também na UADCI que foi desenvolvida a Estratégia de Intervenção Profissional, descrita no ponto 2 deste trabalho, que era também um dos objetivos do Estágio Final e que contribuiria para a aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista.

Genericamente, mas contextualizando, na medida em que existe um ponto no trabalho que descreve toda esta estratégia de intervenção, foi realizado nesta unidade um diagnóstico de situação acerca de uma necessidade encontrada pelos profissionais, e que de alguma forma pudesse ser colmatada com um trabalho de um enfermeiro no seu percurso de aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem à PSC na UADCI. Assim, em conversas informais e posteriormente após aplicação de questionário aos profissionais de saúde da UADCI e VMER de Évora (enquanto elementos essenciais para este projeto), percebeu-se que havia necessidades da optimização da comunicação entre os profissionais de saúde aquando da transição de cuidados de saúde do doente crítico cardíaco (neste caso com EAM com supradesnívelamento do segmento ST) proveniente do pré-hospitalar para a UADCI.

Para dar resposta a esta necessidade encontrada foi realizada pesquisa bibliográfica sobre a comunicação eficaz e sobre o doente com indicação para a ICPP, e daí resultou a construção de instrumento de registo estruturado, uma *check-list*<sup>6</sup>, que permitisse de

---

<sup>6</sup> A *Check-list* (instrumento de registo estruturado) encontra-se devidamente explanada no final da Parte III deste relatório.

forma rápida e sistematizada fazer os registos da colheita de dados feita aos profissionais de saúde e/ou ao doente se ainda não tivesse sido feita na sua totalidade.

Importa referir que este documento teve por base a norma 001/2017 da DGS – a comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, e tal como é preconizado na norma, teve como pilar de construção a mnemónica ISBAR, que potencia a sistematização de toda a informação recebida e transmitida entre profissionais de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2017a).

Para que os todos os profissionais conhecessem e percebessem a implementação deste instrumento de registo, foram realizadas sessões de formação em serviço informais, na medida em que a equipa de enfermagem é pequena e não seria possível reuni-los todos num só momento, por desenvolverem atividades não só na UADCI mas também na UCIC e/ou no serviço de internamento de cardiologia. Esta sessão de formação em serviço tinha como principais objetivos dar a conhecer a Norma 001/2017 da DGS e apresentar a *check-list*, tentando apelar aos enfermeiros a utilização da mesma sempre que chegasse à UACDI um doente vindo do pré-hospitalar para ser submetido a ICPP.

A formação em enfermagem deve ajudar a desenvolver atitudes de análise, de resolução de problemas e de pensamento crítico sobre os valores e os princípios fundamentais dos cuidados de enfermagem. Devendo ainda ser capaz de agir na ambiguidade do universo moderno dos cuidados de saúde: um universo complexo, onde não existem respostas ou soluções feitas e evidentes (Ferreira, 2015).

## **1.2. Unidade de Cuidados Intensivos Coronários**

Este ponto destina-se à apreciação do contexto clínico da UCIC.

### **1.2.1. Enquadramento**

A decisão de realizar algumas horas de estágio na UCIC revelou-se uma mais-valia neste percurso formativo. Apesar de ser um estágio considerado de observação, foi possível a realização de prestação de cuidados aos doentes internados, bem como a discussão dos casos clínicos com a equipa de enfermagem e por vezes também com a equipa médica.

Consideramos importante a realização de um curto estágio neste serviço em particular, sabendo desde logo que conseguiríamos a aquisição de novos conhecimentos teóricos e práticos que não encontraríamos noutros contextos. Também Patricia Benner defendia que as situações clínicas são sempre as mais variadas e complicadas do que as explicações teóricas e que é através de uma prática clínica de excelência, conseguida através do estudo da prática, que as enfermeiras podem descobrir novos conhecimentos (Tomey e Alligood, 2004).

### **1.2.2. Estrutura, recursos físicos e materiais**

Situada no 5º piso do HESE; EPE, a UCIC é uma unidade específica do serviço de internamento de Cardiologia, sendo um espaço composto por 6 unidades de doentes compostas por camas, monitores de avaliação de sinais vitais e monitorização cardíaca e respiratória, seringas infusoras, rampas de oxigénio e vácuo.

Existindo uma mesa de trabalho, colocada centralmente neste espaço, as 6 unidades de doentes ficam dispostas à sua volta, por forma a que a equipa multidisciplinar presente na unidade consiga ter uma observação ampla e sem limitações dos doentes.

### **1.2.3. Recursos Humanos**

Na UCIC prestam cuidados 12 enfermeiros, que dividem o exercício das suas funções entre a Unidade e o serviço de internamento de Cardiologia. Por turno, existe a presença constante de 2 enfermeiros. A esta unidade dão apoio os médicos de Cardiologia do HESE, EPE, que não se encontram em presença física obrigatória, mas que recorrem regularmente à unidade para a observação de doente, seja para avaliação contínua dos doentes ou por serem chamados de urgência pela equipa de enfermagem, caso aconteça alguma deterioração importante do doente internado.

#### 1.2.4. Análise da população alvo

Os doentes internados nesta unidade vivenciam processos complexos de doença, nomeadamente, SCA, bradi ou taquidisritmias, insuficiência cardíaca descompensada, edema agudo do pulmão, e que por vezes já se encontram em falência multiorgânica.

Especificamente, esta unidade recebe doentes provenientes da UADCI submetidos a ICPP e doentes, que não podendo ter sido ainda intervencionados, que aguardam a realização de ICPP.

#### 1.2.5. Análise da produção de cuidados

Durante este estágio houve oportunidade de conhecer a estrutura física do serviço, organização e equipa multidisciplinar que presta cuidados à pessoa com doença cardíaca coronária em contexto de cuidados intensivos; consultar protocolos, normas, manuais e folhas de registo existentes no serviço; realizar revisão bibliográfica sobre o doente crítico em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), em particular com doença cardíaca coronária; conhecer o percurso do doente desde a admissão na unidade até à sua transferência ou alta. Também a realização deste estágio proporcionou a aprendizagem, aperfeiçoamento e domínio de técnicas, terapêuticas e contacto com tecnologias adjuvantes especializadas como a monitorização hemodinâmica invasiva, a interpretação de traçados eletrocardiográficos, as técnicas de cardiologia de intervenção, ventilação não invasiva e farmacologia de suporte inotrópico, entre outros, que não tinha sido ainda possível vivenciar noutros campos de estágio.

A UCIC teria de ser sempre uma escolha enquanto campo de estágio na medida em que fazia parte, como já foi referido anteriormente, da Estratégia de Intervenção Profissional, já que a equipa de enfermagem (da UCIC mas também do serviço de internamento de Cardiologia) ia, também ela, receber este instrumento de registo no processo clínico do doente e para isso carecia de formação sobre o que era o instrumento de registo e em que contexto surgia. Assim, foi definido em reunião com enfermeira orientadora e enfermeira responsável pelo serviço de internamento de cardiologia, que a realização de sessões de formação em serviço acerca da Norma 001/2017 da DGS assim como a apresentação e explanação da *check-list* era essencial para a consecução deste projeto.

Tojal (2011) defende que, a enfermagem, como qualquer outra profissão, necessita de aperfeiçoar e atualizar constantemente os seus conhecimentos, de forma a valorizar os seus profissionais, otimizar recursos e conseguir uma evolução qualitativa dos resultados. Para o mesmo autor a formação base de enfermagem não é suficiente para responder aos desafios que se levantam no quotidiano dos enfermeiros, e que decorrem da constante evolução que atualmente se verifica no domínio científico e tecnológico. Por conseguinte, há uma necessidade que os conhecimentos anteriormente adquiridos sejam continuamente renovados através da formação permanente (Tojal, 2011).

### **1.3. SAMUR - Servicio de Assistencia Municipal de Urgencia y Rescate**

Começando por caracterizar o S.A.M.U.R. – *Servicio de Assistencia Municipal de Urgencia y Rescate* – é como o nome indica um serviço de proteção civil, integrado na câmara municipal de Madrid, que oferece à população um serviço de emergência pré-hospitalar, e tem médicos, enfermeiros e técnicos de emergência contratados na composição das suas equipas.

#### **1.3.1. Enquadramento**

O SAMUR era algo desconhecido até ao momento de entrada no curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, no entanto, em conversa com colegas que já conheciam este serviço e após a descrição do mesmo, ficou desde logo a vontade de conhecer o contributo da enfermagem neste serviço de emergência pré-hospitalar, que parecia ter algumas diferenças em relação ao pré-hospitalar português.

À nossa chegada, fomos recebidos por alguns elementos da equipa de enfermagem do SAMUR, que nos fizeram uma contextualização do que era o SAMUR, como forma de nos integrar minimamente no serviço e também na cidade e cultura da população não só de Madrid, mas de Espanha em geral.

No SAMUR foi-nos permitido realizar dois turnos de 17h cada, nas Unidades de Suporte Avançado de Vida. Estas ambulâncias são veículos especialmente projetados para realizar uma assistência médica integral aos pacientes em situações de extrema gravidade, tanto no local de ocorrência, como durante a transferência para o centro

hospitalar de destino. São dotados de uma vasta gama de equipamento como dispositivos de electromedicina, imobilização no trauma, material de diagnóstico e tratamento, por exemplo, o monitor desfibrilhador, ventilação invasiva e não invasiva, o ecógrafo portátil e as análises sanguíneas.

Descrever-se-á de seguida a informação pertinente recebida nesse dia bem como outros contributos adquiridos ao longo das 34h de estágio efectuado. O Certificado da realização deste estágio de observação, com respectiva avaliação, encontra-se no Anexo A.

### 1.3.2. Estrutura, recursos físicos e materiais

O SAMUR dispõe de 22 bases operativas estrategicamente distribuídas geograficamente por Madrid, na zona centro e distritos envolventes, conseguindo desta forma abranger cerca de 3 milhões de pessoas. A entidade que coordena o socorro é o serviço de 112, e é este que distribui de acordo com a área e o tipo de ocorrência.

A frota de veículos SAMUR destinada a socorrer vítimas, actualizada em Dezembro de 2017, encontra-se explanada na Tabela 1.

**Tabela 1** -Tipo e número de veículos do SAMUR em 2017

Suporte de Vida Avançado ( <b>SVA</b> )	31
Suporte de Vida Básico ( <b>SVB</b> )	67
Psiquiátrica ( <b>SPS</b> )	3
Veículo de Intervenção e apoio Psicológico: <b>ROMEO</b>	1
Veículo de Intervenção Rápida ( <b>VIR</b> )	32
Motocicleta Primeira Intervenção ( <b>HALCON</b> )	11
Coluna Sanitária ( <b>CSA</b> )	3
Veículos de Apoio a Intervenção Sanitária ( <b>VAIS</b> ) y Procedimentos Especiais: <b>VICTOR</b> y <b>QUEBEC</b>	11
Transporte de Material ( <b>TPM</b> )	14
Transporte de Pessoal ( <b>TPP</b> )	22
Veículo para Dispositivos Especiais Preventivos de Atos Anti-sociais ( <b>DEPA</b> )	1
Remolques ( <b>REM</b> )	10
Farmacia Móvil	2

### 1.3.3. Recursos Humanos

Os recursos humanos são constituídos por médico, enfermeiro e um técnico, altamente treinados e coordenados entre si na resposta a qualquer emergência. Importa referir que além dos profissionais assalariados tem ainda um corpo de voluntários, todos eles sujeitos a formação periódica obrigatória, que permite grande proficiência por parte das equipas.

As equipas (médico, enfermeiro e técnico) são fixas, durante pelo menos o período de um ano, ainda que os técnicos alternem turnos na ambulâncias SVA e SVB, e os turnos podem ser trocados individualmente, pelo que nem sempre se encontra constituída a equipa habitual.

### 1.3.4. Análise de População alvo

A população alvo do SAMUR são os doentes críticos que se encontrem dentro da sua área de atuação, que são os locais públicos, quer seja via pública ou edifícios públicos, numa zona delimitada ao centro da cidade.

### 1.3.5. Análise de Produção de Cuidados

Espanha tem na sua história vários episódios de atentados terroristas, pelo que se torna imperativo ter equipas que saibam dar resposta a eventos de catástrofe desta natureza. Cruz-Vega et al. (2016) falam no seu artigo original, da importância da realização de treinos de equipas na área da emergência. De acordo com estes autores, é de extrema importância manter as equipas constantemente preparadas e actualizadas, por forma a conseguir que estas possam atuar em qualquer cenário de contingência apresentando uma resposta mais organizada e de qualidade, sempre em benefício da população.

---

<sup>7</sup> Disponível em <http://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/Emergencias-y-seguridad/SAMUR-Proteccion-Civil/?vgnextfmt=default&vgnextoid=c88fadb1bffa010VgnVCM100000d90ca8c0RCRD&vgnnextchannel=f9cd31d3b28fe410VgnVCM1000000b205a0aRCRD&idCapitulo=10269430>

Assim, de forma a garantir a coordenação entre os diferentes serviços de emergência existentes em Madrid e manter a preparação de profissionais em caso de desastres ou multi-vítimas, seja de origem terrorista ou outros como, por exemplo, acidentes de trânsito, no SAMUR são realizadas anualmente mais de 30 simulações com a Polícia Nacional, Polícia Municipal, Bombeiros, entre outras entidades. Isto permite às equipas um nível de preparação maior nos eventos reais.

Também para a prática de enfermagem é importante a aprendizagem em contextos simulados, para uma melhor atuação em contextos reais. Benner (2001) realça que a aprendizagem de práticas em situações de risco requer coragem e exige ambientes que apoiem a aprendizagem.

Além disso, todos os anos durante as *Jornadas Municipales de Catástrofes*, ocorre uma macro-simulação em que participam serviços de toda a Espanha, recebendo participantes não só de Espanha mas também de outros países vizinhos. Importa referir, orgulhosamente, que na edição de 2017, houve a participação de uma equipa de pré-hospitalar português, os Bombeiros Voluntários de Gondomar.

O turno é recebido numa base central, onde o chefe de turno, em Espanha “*jefe de guardia*”, indica a base de destino, não acontecendo a rendição na base, como acontece em Portugal.

Os turnos têm duração de 17h: manhã, tarde ou noite, dependendo se começam às 7 horas da manhã, 15 horas da tarde ou 23 horas da noite. Como os turnos são sobrepostos, quem está nessa base de saída de turno regressa à base central, a equipa que entra dirige-se da base central para essa base. Existem procedimentos obrigatórios para todas as equipas na entrada e saída de turno que passa por, na base central, a equipa que entra, recolhe na farmácia os estupefacientes, o ecógrafo, o monitor, equipamento de proteção individual, entre outros, e assina um documento com o material que levanta, no final do turno devolve o material e assina novamente que entregou.

Nos dois turnos de 17 horas contabilizaram-se um total de 15 ocorrências. Várias foram as tipologias das ocorrências, nomeadamente emergências médicas (vítimas de: toxicodependência, hipoglicémias, alteração do estado de consciência, dor torácica, dispneia, entre outras), traumas (vítimas de acidentes rodoviário, vítima de quedas e uma vítima queimado grave) e até uma assistência para “suicídio em curso”. Em todas

as ocorrências houve possibilidade de colaborar nos cuidados à pessoa/família em situação crítica e/ou falência multiorgânica, e a língua materna não foi impedimento de estabelecer uma boa relação com a equipa e com os doentes.

É de realçar também o trabalho que estas equipas multidisciplinares do SAMUR fazem no seu dia-a-dia, mesmo a nível pré-hospitalar que tem a ver com a educação para a saúde. A Educação para a Saúde é um processo educacional compreensivo, em que a responsabilidade deve ser partilhada pelas comunidades, grupos sociais e indivíduos em todas as etapas da sua história (Pacheco & Cunha, 2006) e é um elemento indispensável a cada sociedade, permitindo aos seus membros adquirir os conhecimentos e competências individuais e colectivas necessárias à aquisição de modos de vida saudáveis (Rodrigues, 2005)

Em quase todas as ocorrências, desde que fosse possível e que o doente compreendesse o que estava a ser dito, foram realizados informalmente ensinamentos para promoção da saúde. Desde a criança que caiu na escola, passando pelo adulto sem hábitos de vida saudável e até pelo jovem com ideação suicida. Consideramos de extrema importância a existência de profissionais que mesmo em ambientes hostis conseguem uma prática de enfermagem que permite guiar um doente ao longo do seu processo de doença. Levamos estes profissionais como referência, na medida em que colaboraram no nosso desenvolvimento de competências. Nestes profissionais, onde destacamos o papel do enfermeiro, vemos o desempenho de um enfermeiro perito descrito por Benner (2001):

“se já é preciso ser muito competente para educar alguém quando as condições são boas, torna-se muito mais delicado quando se trata de um doente que tem medo. As enfermeiras experientes aprenderam a comunicar e a transmitir informações em situações extremas. Assim, são obrigadas a utilizar todos os recursos pessoais: a atitude, o tom de voz, o humor, a competência, assim como qualquer outro tipo de abordagem ao doente” (p. 103).

Foram 34 horas de estágio vividas intensamente pela busca constante de novas aprendizagens com estes profissionais altamente qualificados a nível de conhecimentos técnico-científicos mas também em termos relacionais.

Procedimentos não invasivos, como a monitorização dos doentes, ou invasivos, como por exemplo, o cateterismo periférico foram algumas das intervenções realizadas, bem

como, sempre que possível, o esclarecimento de dúvidas aos doentes ou a prestação de apoio emocional. Também com o enfermeiro da equipa foi possível discutir os cuidados ou a medicação administrada, e em todas as ocorrências a equipa falava sobre o que havia sido feito.

Destaca-se a boa coordenação da equipa por parte do médico, e toda a interação e cooperação por parte da equipa, que certamente se deve ao facto de trabalharem (pelo menos um ano) sempre uns com os outros.

#### **1.4. SUMMA 112**

O SUMMA 112 - Servicio de Urgencias Medicas de Madrid é um serviço público que atende qualquer tipo de emergência de saúde, tanto nos domicílios, como na via pública com exceção região do centro que essa atividade é realizada pelo SAMUR. A coordenação dos meios é realizada numa central de atendimento telefónico, que recebe, classifica e gere os meios a enviar para a prestação do socorro.

##### **1.4.1. Enquadramento**

Por constrangimentos institucionais, este estágio aconteceu no final do Estágio Final, mas não deixou de também ele contribuir para o crescimento profissional.

Tal como existia o desconhecimento relativamente ao SAMUR, o SUMMA 112, só ficou conhecido depois do estágio no SAMUR. O interesse surgiu aquando da realização do outro estágio, não só por perceber que para a mesma cidade existiam dois sistemas/conceitos do pré-hospitalar, com contextos diferentes, como também é no SUMMA 112, que a realidade mais se assemelha com a portuguesa, e a curiosidade aumentou exponencialmente.

O SUMMA 112 disponibiliza os seguintes serviços<sup>8</sup>:

---

<sup>8</sup> Fonte:  
<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename=memoria+cuatrianual+2008-2011+SUMMA+112.pdf&blobheadervalue2=language=es&site=SUMMA112&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352810368792&ssbinary=true>

- Recepção, Classificação e Gestão de chamadas telefônicas de natureza sanitária, incluindo Informação de saúde e encaminhamento para centros de saúde;
- Regulação Médica de chamadas para assistência: Conselho Médico Atribuição de recursos de assistência;
- Regulação de chamadas para processos de enfermagem: Conselho de Saúde Atribuição de recursos de cuidados de enfermagem;
- Mobilização de recursos assistenciais (próprios ou de outros);
- Cuidados de saúde urgentes *in situ* (médico e/ou enfermeiro)
- Assistência Sanitária às Emergências na transferência *in situ* e medicalizada de doentes;
- Assistência médica às situações de multi-vítimas e catástrofes;
- Gestão de transferência convencional de doentes não-medicalizados;
- Cuidados de saúde urgentes e de emergência em centros de saúde fora do hospital emergências.

Também está incluído, como missão deste serviço:

- Coordenação e transferência inter-hospitalar de doentes críticos, incluindo o neonatal;
- Intervenção na ativação das unidades de Alerta Epidemiológico;
- Atenção para situações especiais de cobertura preventiva de saúde;
- Atenção a situações de saúde em meios de especial dificuldade;
- Intervenção nas missões Coopera Saúde Internacional;
- Intervenção na atividade da Organização Nacional de Transplantes de Órgãos;
- Formação Externa e Investigação no domínio das Emergências, Emergências e Catástrofes como centro de ensino.

#### 1.4.2. Estrutura, recursos físicos e materiais

O SUMMA 112 possui várias unidades móveis, para dar respostas às variadas situações de emergência. Estas estão distribuídas, pela cidade de Madrid, em várias bases operacionais. Comparativamente ao SAMUR, as bases são diferentes, não existindo uma central, as ambulâncias encontram-se sempre alocadas às bases e é também aí que se encontra todo o material de consumo clínico para repor o que é consumido. Só no caso de avaria de equipamento é que é contactada a central e nesse caso vem alguém da manutenção reparar ou substituir o aparelho. Esta é também a realidade das bases do pré-hospitalar em Portugal.

A sua frota está descrita na Tabela 2:

**Tabela 2** - Nome e número de meios do pré-hospitalar do SUMMA 112

<b>Meio</b>	<b>Nº total</b>
Unidades Móveis de Emergência – <b>UME</b>	24
Veículos de Intervenção Rápida – <b>VIR</b>	27
Helicópteros medicalizados	2
Unidade de Assistência Domiciliária – <b>UAD</b>	38
Unidade de Assistência em Enfermagem Doméstica	5
Centros de Emergência fora do Hospital – <b>SUAP</b>	

Fonte: Site Oficial do SUMMA 112<sup>9</sup>

#### 1.4.3. Recursos Humanos

As equipas do SUMMA 112 são compostas por Técnicos de Emergência, Enfermeiros e Médico e dependendo da viatura, assim será a sua tripulação.

#### 1.4.4. Análise de População Alvo

A população-alvo do SUMMA 112, são os doentes críticos que recorrem à linha de emergência nacional e europeia e aos quais lhes é atribuído um nível de gravidade e lhes é enviada uma viatura. Importa referir que em termos de área geográfica, o SUMMA 112, dá resposta ao que fica desfalcado pelo SAMUR (espaço públicos).

---

<sup>9</sup> Disponível em [http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1147762162758&language=es&pagename=SUMMA112%2FPag e%2FS112\\_pintarContenidoFinal](http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1147762162758&language=es&pagename=SUMMA112%2FPag e%2FS112_pintarContenidoFinal)

Especificamente atua na região centro de Madrid nos domicílios e unidades de saúde – efectuando transportes inter-hospitalares – e, na região periférica de Madrid, em toda e qualquer situação de emergência, mesmo que ocorra em espaços públicos

#### 1.4.5. Análise de Produção de Cuidados

Neste estágio acompanhamos as equipas de suporte avançado de vida, durante 3 turnos de 12 horas, perfazendo um total de 36 horas de contacto. Dois turnos numa Unidade Móvel de Emergência (UME) e um turno num Veículo de Intervenção Rápida (VIR), ambos os veículos com tipologia de meio com suporte avançado de vida.

As UME são ambulâncias, com capacidade para transportar o doente, apresentando, obrigatoriamente, variados recursos materiais, como monitor-desfibrilhador, ventilador com módulo de ventilação invasiva e não invasiva, variado material de imobilização em trauma, seringas e bombas infusoras, equipamento de proteção individual, frigorífico e aquecedor, entre outros. Em suma, são veículos com capacidade para garantir cuidados de suporte avançado de vida ao doente crítico. A equipa desta viatura é composta, por médico, enfermeiro e 2 técnicos de emergência.

As VIR são viaturas ligeiras de passageiros, sem capacidade para transportar a vítima. Ainda assim, possuem o mesmo tipo de recursos materiais que as UME, conseguindo deste modo garantir o suporte avançado de vida, ou manutenção de cuidados diferenciados ao doente crítico. Se se justificar o transporte da vítima é pedido, à central, uma ambulância básica para o local e a equipa desloca-se na ambulância até à unidade de saúde adequada.

O certificado de realização no SUMMA 112 encontra-se no Anexo B.

### **1.5. VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação de Évora**

#### 1.5.1. Enquadramento

Sabemos que o contexto pré-hospitalar caracteriza-se por especificidades próprias, como a pluridisciplinaridade da intervenção, a abrangência de atuação em vários

contextos de emergência médica ou de trauma, em todo o ciclo vital e a diversidade dos espaços de trabalho.

Souza e Chagas (2018) descrevem que a atuação do enfermeiro no pré-hospitalar não se restringe apenas à prestação de cuidados diretos ao doente crítico sob risco de morte, mas também compreende atividades educativas como instrutor, contribuir com a revisão dos protocolos de atuação, elaboração de material didático, atuação junto à equipa multiprofissional na ocorrência de calamidades e acidentes de grandes proporções, além de liderar e coordenar a equipa envolvida. Em suma atua perante o doente crítico, mas também promove, através das suas variadas intervenções, um crescimento da equipa em que se encontra inserido.

Os enfermeiros da emergência pré-hospitalar intervêm face a situações complexas, atuando de forma rápida, estruturada e eficiente, de acordo com um conjunto de conhecimentos científicos e práticos na área da emergência e com eficiente poder de decisão. Souza e Chagas (2018), na sua revisão de literatura, referem que entre as competências do enfermeiro no pré-hospitalar, destacam-se o raciocínio clínico para a tomada de decisão e a habilidade para executar as intervenções prontamente.

É em 2007 que surge a primeira referência de regulação da atividade pré-hospitalar por parte da Ordem dos Enfermeiros (2007), sendo que o reconhecimento deste âmbito de atividade, como área de exercício profissional dos enfermeiros, apenas foi conferido aquando da publicação da nova carreira de enfermagem pelo artigo 6º do Decreto-lei n.º 184 de 22 de Setembro de 2009.

De acordo com a Ordem do Enfermeiro (2007, p.1), em contexto de emergência pré-hospitalar, “só o enfermeiro pode assegurar os cuidados de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade, em situação de acidente e/ou doença súbita, da qual resultará a falência de uma ou mais funções vitais, pelo que deve integrar obrigatoriamente a equipa de socorro pré-hospitalar”.

Segundo este documento oficial da OE, o enfermeiro deve atuar sempre de acordo com o seu enquadramento legal, ou seja de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, assegurando, no exercício das suas competências, a estabilização do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, no local da ocorrência, garantindo a manutenção das funções vitais por todos os meios à sua disposição;

garantir o acompanhamento e a vigilância durante o transporte primário e/ou secundário, desde o local da ocorrência até à unidade hospitalar de referência, assegurando a prestação de cuidados de enfermagem necessários à manutenção/recuperação das funções vitais; assegurar a continuidade dos cuidados de enfermagem e a transmissão da informação pertinente, sustentada em registos adequados, no momento da receção do indivíduo; na unidade hospitalar de referência e ainda garantir adequada informação e acompanhamento à família, de forma a minimizar o seu sofrimento (Ordem do Enfermeiro, 2007).

#### 1.5.2. Estrutura, recursos físicos e materiais

A VMER encontra-se estacionada dentro do edifício do HESE, EPE, junto à sua base operacional. Exteriormente, do lado esquerdo da entrada das Consultas Externa, e internamente no corredor comum à UADCI, no lado esquerdo do mesmo.

Durante a realização dos turnos foi possível conhecer este meio específico do pré-hospitalar português. Não sendo meio desconhecido para a estudante, foi, ainda assim, possível observar com maior atenção, ao longo dos turnos, toda a carga existente na viatura, seja em termos de equipamentos, como também em termos de fármacos utilizados. As VMER são basicamente Unidades de Cuidados Intensivos que se conseguem deslocar, por meio de um veículo ligeiro, rapidamente ao local da ocorrência extra-hospitalar<sup>10</sup>.

#### 1.5.3. Recursos Humanos

A tripulação de uma VMER é composta por um enfermeiro e um médico. Nesta viatura especificamente colaboram 10 médico e 18 enfermeiros, que exercem funções nos mais variados serviços do HESE, EPE. Existe um médico coordenador, que exerce funções na VMER e um enfermeiro coordenador – Enfermeiro Chefe do Serviço de Urgência do HESE, EPE. – que assume apenas funções de coordenação, não tripulando a viatura.

---

<sup>10</sup> <https://www.inem.pt>

#### 1.5.4. Análise de População Alvo

A VMER de Évora dá resposta, sob orientação do Centro de Orientação de Doente Urgentes do INEM, aos doentes em situação crítica, em idade pediátrica ou adulta, em contextos de emergências médicas ou de trauma, preferencialmente, do Distrito de Évora.

#### 1.5.5. Análise de Produção de Cuidados

A realização de estágio na VMER de Évora, onde foi possível realizar quatro turnos de observação, totalizando um total de 32 horas, teve dois grandes objetivos. Primeiro, por ser mais um meio diferenciado que proporcionaria a aquisição de competências, permitiu a colaboração efectiva com a equipa multidisciplinar na assistência à pessoa em situação crítica. E em segundo lugar, dar a conhecer a *check-list*, na medida em que muitas vezes são os profissionais de saúde da VMER que trazem os doentes com EAM com supradesnivelamento do segmento ST para a UADCI, e como tal deveriam ser intervenientes ativos neste processo de implementação do instrumento de registo estruturado.

Assim, também a esta equipa, e em momentos informais foi realizada a formação em serviço que permitiria a apresentação da *check-list*. Importa referir que este instrumento de registo foi implementado ao mesmo tempo que na UADCI. Pretendia-se que, deste modo, a *check-list* fosse preenchida não no laboratório de hemodinâmica, mas pela equipa do pré-hospitalar aquando da ocorrência. Realça-se que, durante o período de estágio, o preenchimento da *check-list* aconteceu apenas uma vez. Não porque a casuística tivesse sido somente essa, mas porque nem sempre, em caso de saída da VMER para ocorrência com doente com EAMCSDST, a equipa tinha já tido contacto ou conhecia a *check-list*.

A chegada de informação à maioria dos profissionais foi, por conseguinte, um aspeto menos conseguido da implementação do instrumento de registo. Este facto deveu-se não só porque apenas foram realizados quatro turnos e não houve grande variação dos profissionais de saúde, mas também porque sendo uma equipa multidisciplinar composta por elementos de vários serviços do HESE, EPE, não existiu possibilidade de marcar uma sessão de formação em serviço formal, que conseguisse abranger o maior número de profissionais possíveis, em tempo útil.

Durante a realização dos turnos foi possível conhecer este meio específico do pré-hospitalar português. Não sendo meio desconhecido para a estudante, foi, ainda assim, possível observar com maior atenção, ao longo dos turnos, toda a carga existente na viatura, seja em termos de equipamentos, como também em termos de fármacos utilizados. As VMER são basicamente Unidades de Cuidados Intensivos que se conseguem deslocar, por meio de um veículo ligeiro, rapidamente ao local da ocorrência extra-hospitalar<sup>11</sup>. Estes locais podem ser a via pública, o domicílio do doente, instituições públicas e/ou privadas e também outras unidades de saúde como é o caso das Unidades de Cuidados de Saúde Primários.

Também este local de estágio proporcionou um crescimento profissional contribuindo significativamente para a aquisição de competências na abordagem e prestação de cuidados à PSC. Houve oportunidade de contactar com doentes em situação crítica do foro das emergências médicas assim como das emergências de trauma.

O certificado de realização de estágio na VMER encontra-se no Anexo C e as grelhas de avaliação, pela enfermeira orientadora, dos quatro turnos realização no Anexo D.

---

<sup>11</sup> <https://www.inem.pt>

## **2. ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO MAJOR**

Ruivo, Nunes e Ferrito (2010) descreve-nos a estratégia como um conjunto de decisões e ações respeitantes à selecção dos meios bem como à articulação de recursos a fim de atingir um objetivo.

É de acordo com esta premissa que se desenvolve este capítulo. Para a obtenção do grau de Mestre e título de Enfermeiro Especialista existiu um percurso formativo dividido em momentos teóricos e práticos. O Estágio Final, momento prático de aprendizagem tinha, também ele, um grande objetivo de realização com vista à aquisição de competências, e passava pela consecução de uma intervenção *major* no local de estágio, neste caso UADCI, que fosse predictor desse processo de obtenção de competências especializadas, mas que se mostrasse uma mais-valia para o serviço em questão.

A Estratégia de Intervenção *Major* (EIM) realizada na UADCI surgiu no âmbito de um problema real encontrado e para o qual foram definidas e planeadas intervenções eficazes para a sua resolução, e como tal foi alicerçada pela Metodologia de Projeto. Ruivo, Nunes e Ferrito (2010) descrevem a Metodologia de Projeto como o conjunto de intervenções devidamente definidas que se prevêem conduzir a uma mudança. Por outras palavras, pretendia-se que esta EIM se traduzisse na resolução de um problema – a comunicação entre os profissionais de saúde na transição de cuidados – e se finalizasse num processo de transformação do real – optimização da comunicação.

Assim, para a consecução desta EIM foram realizadas as cinco etapas que sustentam a Metodologia a Projeto: (1) diagnóstico de situação, (2) definição de objetivos, (3) Planeamento, (4) Execução e avaliação e (5) Divulgação dos Resultados (Relatório).

### **2.1. Fundamentação**

A realização deste percurso formativo e desta EIM baseou-se numa busca pessoal e profissional, de uma melhoria da prestação de cuidados de enfermagem, que só poderia ser alcançada a partir de bases sólidas e da procura da melhor e mais recente evidência,

através da investigação, ou seja, sustentada pela Prática Baseada na Evidência, assim como pela reflexão da mesma (Craig e Smyth, 2004).

Neste sentido, Craig e Smyth (2004), afirmam que a

prática reflexiva é uma componente chave de cuidados de saúde baseados na evidência; o verdadeiro carácter de uma boa prática profissional é refletir sobre pressupostos considerados como certos e que norteiam a prática do dia-a-dia, e com os quais avaliamos de forma rotineira o impacto e os resultados das interações e intervenções nos doentes, clientes e no público. Precisamos de fazer tudo isto sem ficarmos parados e desautorizados pela falta de evidência sólida para muito do que fazemos (p. 7).

Ao encontro do acima descrito, vai a tomada de posição sobre Investigação em Enfermagem, da Ordem dos Enfermeiros, reafirmando que a investigação em Enfermagem promoverá o aumento do conhecimento e, deste modo, leva ao exercício profissional sustentado por uma Prática Baseada na Evidência e na segurança do doente. (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

Assim, e aliado ao anteriormente referido considera-se também fundamental basear a prática de enfermagem em modelos conceptuais e em teorias de enfermagem, já que, estes contribuem para um crescimento sustentado da profissão de enfermagem e para a prestação de cuidados de qualidade, pelo que é “vital que o conhecimento de enfermagem seja aprendido, utilizado e aplicado na prática baseada na teoria para a profissão e para o desenvolvimento contínuo da enfermagem enquanto disciplina académica” (Tomey e Alligood, 2004, p. 724). Sendo que neste Relatório de Estágio em geral, e nesta EIM em particular, considerou-se pertinente ter em conta o modelo teórico de Patrícia Benner.

O conhecimento clínico que o enfermeiro adquire através da experiência sensibiliza-o para possíveis questões e preocupações em situações particulares (Benner, 2001), assim consideramos ser adequada a ligação entre o modelo teórico de Patricia Benner, na sua obra “De Iniciado a Perito”, e todo o nosso percurso formativo para a aquisição de competências na área da enfermagem à PSC. Esta autora define competência como “uma área interpretativa definida do desempenho competente identificada e descrita pelo seu intuito, funções e significados” (Tomey e Alligood, 2004; p. 193).

Segundo Benner (2001) a aprendizagem experiencial bem como a transmissão dessa aprendizagem nos contextos de cuidados promovem o crescimento das práticas de enfermagem. Estas práticas, por sua vez, “não podem ser completamente objectivadas

ou formalizadas porque têm sempre de ser trabalhadas em novas formas no âmbito de interações particulares em momentos reais” (p. 12).

Benner, adaptando o Modelo Dreyfus de Aquisição de Competências de Deyfrus à prática clínica, descreveu cinco níveis de aquisição de competências: principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito (Tomey e Alligood, 2004). A autora defendia que à medida que a enfermeira ia ganhando experiência, o conhecimento clínico tornar-se-ia uma mistura de saber teórico e prático, acrescentando ainda que a perícia se desenvolvia à medida que o clínico experimentava e modificava possibilidades baseadas em princípios (Tomey e Alligood, 2004).

Os principais pressupostos, definidos por Benner são:

**Enfermagem:** uma relação de cuidar; uma prática de cuidados cuja ciência é conduzida pela arte e pela ética moral do cuidar e da responsabilidade.

**Pessoa:** é ser auto-interpretativo, na medida em que se vai definindo ao longo do seu percurso de vida, ou seja, a pessoa é personificada.

**Saúde:** é aquilo que pode ser avaliado, não sendo apenas a ausência de doença.

**Situação:** utilizada por esta autora ao invés do ambiente, na medida em que situação transmite um ambiente social com definição social e significação, já que a pessoa tem passado, presente e futuro e tudo isto influencia a situação actual.

### 2.1.1. O Doente Crítico Cardíaco

A Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008) , na sua publicação de recomendações do Transporte de Doentes Críticos definem doente crítico como “aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica” (p. 9). Assim, podemos considerar doente crítico cardíaco, como aquele que apresenta disfunção ou falência profunda do sistema cardiovascular, nomeadamente do doente com EAM.

Ibanez et al. (2017) referem que o termo EAM deve ser usado quando há evidências de lesão miocárdica (por valores laboratoriais) com necrose numa configuração clínica consistente com isquemia miocárdica. De acordo com o Relatório Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números 2015 (Direção-Geral da Saúde, 2016), o número de óbitos por EAM, em Portugal Continental, no ano de 2014 foi de 1.070, num universo de 12.960 utentes. Neste documento é referido que 33% dos doentes com EAM em Portugal Continental são admitidos nas Unidades de Hemodinâmica pela Via Verde Coronária - encaminhamento feito pelo INEM às vítimas de EAM para os hospitais adequados, permitindo um tratamento rápido e eficaz nas salas de hemodinâmica ou UCIC.

A UADCI do HESE, EPE dá apoio à população do Alto Alentejo (Elvas e Portalegre) e Alentejo Central (Évora), com o objetivo, e efetuadas todas as diligências, num futuro próximo, de ter abrangência de todo o Alentejo (Litoral e Baixo Alentejo).

Para angiografia urgente são admitidos neste laboratório de hemodinâmica apenas os doentes com EAM com supradesnivelamento do segmento ST ou os doentes com BCRE. Estes são, na maioria das vezes, trazidos pelas equipas de pré-hospitalar do INEM (viaturas de Suporte Imediato de Vida (SIV) e VMER dos três distritos acima referidos). Segundo Silveira et al. (2017) o recurso à emergência pré-hospitalar é considerado um elo essencial da cadeia de sobrevivência no doente com EAM, na medida em que permite um rápido transporte para um centro de tratamento capaz da reperfusão coronária mecânica, permitindo ao doente o acompanhamento com uma equipa devidamente treinada para dar resposta a possíveis eventos adversos durante o transporte, nomeadamente em suporte avançado de vida.

### 2.1.2. Qualidade em Saúde e Segurança do doente

No início da década de 90, que a nível mundial, as estatísticas sobre a segurança do doente começaram a ser um motivo de preocupação, podendo-se descobrir que o peso das doenças e de mortes resultantes de erros médicos, também designados de acontecimentos adversos preveníveis, eram demasiado e surpreendentemente elevados. No sentido de minimizar estes eventos, em 2004 a Organização Mundial de Saúde construiu um programa de segurança do doente, dando ênfase a esta questão, que deve ser universal para os cuidados de saúde (Fundação Calouste Gulbenkian, 2014).

A qualidade e continuidade dos cuidados de enfermagem dependem também da qualidade dos fluxos informacionais, ou seja de uma transmissão de informação eficaz, de entre os diferentes contextos de prestação de cuidados (Azevedo e Sousa, 2012). Melhorando a qualidade da comunicação durante a transição de cuidados aumenta-se a segurança do doente, na medida em que a mesma está associada ao aumento da qualidade da prestação de cuidados, à diminuição de eventos adversos e por conseguinte à diminuição da mortalidade (Direção-Geral da Saúde, 2017a).

### 2.1.3. Transição de Cuidados

A chegada de um doente à Unidade de Hemodinâmica proveniente do exterior, trazido por um qualquer meio do INEM pressupõe a transição de cuidados de saúde, na medida em que nestas viaturas os doentes são acompanhados por profissionais de saúde, tais como Tripulantes de Emergência Pré-Hospitalar, Enfermeiros e Médicos. Num estudo de Di Delupis, Mancini, Di Nota e Pisanelli (2014) afirmam que as falhas de comunicação durante a interação pré-hospitalar/hospitalar, foram identificadas como uma grande causa de danos ao doente, que poderia ter sido evitável.

Podemos considerar o momento da transição de cuidados de saúde como uma ocasião de especial vulnerabilidade para a segurança do doente e no qual existe o risco de ocorrência de erros, aquando a transferência da informação. Uma transmissão de informação oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade e atempada e que é compreendida pelo recetor, considera-se uma comunicação eficaz que reduzirá o risco de dano desnecessário à pessoa que recebe os cuidados de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2017a). As falhas na comunicação podem causar eventos adversos na saúde do doente, sendo os erros mais comuns os relacionados com “omissões de informação, erros de informações, falta de precisão e a falta de priorização das atividades” (Direção-Geral da Saúde, 2017<sup>a</sup>; p. 5).

Este motivo justificou o desenvolvimento de um projeto de intervenção em serviço na UADCI com a elaboração e implementação de uma *check-list* facilitadora desta transição de cuidados do pré-hospitalar para o intra-hospitalar, que tem como objetivo a optimização da comunicação na transição de cuidados de saúde do pré-hospitalar para o

Laboratório de Hemodinâmica, recorrendo à técnica ISBAR, conducente à segurança do doente crítico cardíaco.

Em 2017, a Direção Geral de Saúde emite a norma 001/2017: comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, onde é definido que a transferência de informação entre os profissionais de saúde, durante a transição de cuidados e para segurança do doente, deve obedecer a uma comunicação eficaz, devendo ser padronizada e normalizada recorrendo à técnica ISBAR. Esta norma surge no âmbito do Plano Nacional para a Segurança do Doente 2015-2020 e tem como objetivo maximar a prestação de cuidados de saúde seguros em todos os níveis de cuidados no Serviço Nacional de Saúde, recorrendo a objetivos estratégicos, como por exemplo, o aumento da segurança da comunicação.

Correia (2016) refere que as competências comunicacionais incluem o saber ouvir, estabelecer uma comunicação adequada às características do doente/família (ajustar a linguagem), realização de ensinamentos oportunos, registo sistemático da informação e estabelecimento de uma relação de ajuda e empática. Para Pereira e Puggina (2017) a competência comunicacional permite ao profissional descodificar, decifrar e perceber mensagens emitidas pelo paciente e sua família, conduzindo-os para uma melhor interação e efetividade no cuidado prestado.

ISBAR é uma abordagem estruturada para a comunicação entre os profissionais de Saúde, sendo uma mnemónica que se refere a: a) Identificação (do doente e da equipa prestadora de cuidados); b) Situação (motivo atual de cuidados de saúde); c) Antecedentes (história anterior de doenças); d) Avaliação (procedimentos efectuados e avaliação dos mesmos); e) Recomendação (Kitney et al., 2016).

## **2.2. Diagnóstico de Situação**

O Diagnóstico de Situação é a primeira etapa da Metodologia de Projeto (Ruivo et al., 2010), e sendo esta dinâmica, contínua e com constantes actualizações, visa a elaboração de um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende agir e alterar, devendo corresponder às necessidades de saúde das populações. Deve caracterizar-se pela rapidez de realização, de forma a possibilitar uma acção em tempo útil e

suficientemente aprofundada que permita a implementação de medidas pertinentes e resolúveis, assim como deve contemplar a recolha de informações de natureza objectiva e qualitativa que da mesma forma contribuirá para a mudança pretendida.

Para chegarmos ao diagnóstico de situação foi necessário fazer um levantamento de necessidades. Neste sentido Ruivo et al. (2010) entendem que “o conceito de necessidade envolve as noções de causalidade e de evolução prognóstica. As necessidades podem ser classificadas em reais, quando determinadas pelos profissionais, e ainda em expressas e não expressas”.

### 2.2.1. Procedimentos

Nesta EIM específica, o levantamento das necessidades foi realizado através de uma reunião com a enfermeira em funções de chefia e a enfermeira orientadora do estágio, por forma a verificar as necessidades de serviço, e de onde surgiu o problema da comunicação entre os profissionais de saúde da UADCI e das equipas de pré-hospitalar, aquando da transição de cuidados dos doentes que chegavam ao laboratório de hemodinâmica, visando a sua otimização.

O presente estudo abrangeu como população-alvo os enfermeiros deste serviço a exercer funções na prestação direta de cuidados, assim como os enfermeiros e os médicos da VMER de Évora. Segundo Fortin (2009) população-alvo é o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente. O número total de elementos da população-alvo eram 35, divididos em 7 enfermeiros da UADCI, 18 enfermeiros da VMER e 10 médicos da VMER.

Para dar continuidade à EIM foi necessário enviar um pedido de autorização de implementação do projeto à Comissão de Ética da Universidade de Évora e à Comissão de Ética do HESE, EPE, (Apêndice I e II) e, tendo havido resposta favorável (Anexo E) para a implementação da Estratégia de Intervenção Profissional.

Este levantamento de necessidades foi complementado com um questionário (Apêndice III) de avaliação e diagnóstico das necessidades formativas na área da comunicação eficaz e da Norma 001/2017 da Direção Geral da Saúde e da necessidade de implementação de *check-list* facilitadora da transição de cuidados do pré-hospitalar para a UADCI. Foi distribuído em formato papel aos enfermeiros da UADCI e disponível

*on-line* para os profissionais de saúde da VMER. Importa referir que este documento foi apresentado depois de validado e autorizado pela Enfermeira Orientadora, Enfermeira Responsável pela UADCI e Professora Orientadora.

### **2.3. Definição de Objetivos**

Ruivo et al., (2010) refere que a identificação dos objetivos, “entendidos como o ponto fulcral da planificação e do desenvolvimento” (p.18), Calçada (2013) acrescenta que os objetivos representam os resultados que se pretendem atingir na população alvo através da implementação de projectos, culminando num enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível da evolução de um problema que altera a tendência da evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto, mensuráveis a médio prazo.

Assim, foi definido como enunciado: Optimização da comunicação na transição de cuidados de saúde do pré-hospitalar para o Laboratório de Hemodinâmica, recorrendo à técnica ISBAR, conducente à segurança do doente crítico cardíaco.

Desta forma, e com intenção de responder ao enunciado, foram definidos os seguintes objetivos:

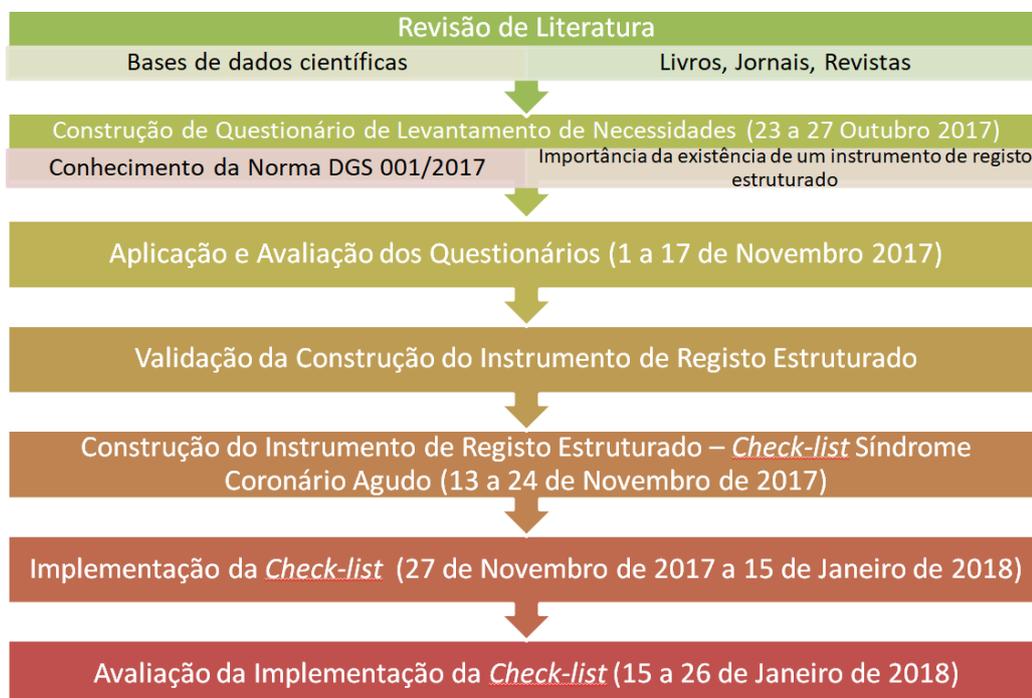
- Analisar a percepção dos profissionais de saúde acerca da comunicação eficaz, na transição de cuidados, enquanto elemento fundamental para a segurança do doente
- Analisar a percepção dos profissionais de saúde acerca da implementação de um instrumento de registo estruturado facilitador da comunicação;
- Elaborar um instrumento de registo estruturado;
- Definir a estratégia de implementação do instrumento de registo.

### **2.4. Planeamento e Execução**

Enquanto terceira etapa da Metodologia de Projeto, é durante o Planeamento que se constrói um plano detalhado do projeto, neste caso a EIM, devendo definir-se as atividades a desenvolver, métodos e técnicas de pesquisa e calendarizar as atividades. Nesta fase, deve ser tida em consideração que tanto a utilização como a escolha das

atividades, meios e estratégias a implementar carecem de estar directamente ligados aos objetivos previamente definidos (Ruivo et al., 2010).

A **Figura 1** representa, esquematicamente, as várias fases de planeamento da EIM, bem como as datas de realização das mesmas.



**Figura 1** – Fases de Planeamento da EIM

Para a consecução destas fases da EIM foram ainda delineadas as seguintes atividades:

- 1) Realização de análise documental a partir de pesquisas bibliográficas sobre as temáticas envolvidas, nomeadamente, segurança do doente crítico, doente crítico cardíaco com EAM, comunicação eficaz na transição de cuidados, técnica ISBAR.

A análise ou pesquisa documental é, como refere Gil (2008), a recolha de dados realizada em livros, bases de dados científicas, jornais, papéis oficiais, registos estatísticos, fotos, vídeos, entre outros, ou seja, a investigação é obtida indirectamente e proporciona ao investigador dados de qualidade e em quantidade, que de outra forma poderiam ser mais difíceis de obter.

Assim, considera-se que a pesquisa bibliográfica, a partir das múltiplas fontes de documentação acima descritas, dos variadíssimos temas relacionados com o doente crítico em geral, da segurança do doente, da comunicação eficaz na transição de cuidados e do desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista e do enfermeiro mestre em particular, foi uma valiosa ferramenta de recolha de dados para a realização do Relatório de Estágio, assim como para a EIM desenvolvida.

2) Aplicação de questionário de levantamento de necessidades à população alvo.

Esta técnica de recolha de dados caracteriza-se pela obtenção de informação através da inquirição de sujeitos sob a forma inquérito que pode incidir sobre atitudes, sentimentos, valores, opiniões ou informações factuais, dependendo do objetivo, mas que envolve sempre a administração de perguntas a indivíduos (Coutinho, 2015 e Gil, 2008).

Como forma de chegar à problemática, que originou a Estratégia de Intervenção Profissional, assim como a avaliação da mesma, o questionário foi também uma ferramenta de recolha de dados utilizada, pelo que se torna pertinente a sua descrição e contextualização. Coutinho (2015) refere que “tradicionalmente os questionários envolviam o envio de um formulário em papel, mas com a proliferação do uso do computador, a Internet passou a ser a forma mais popular de administrar um questionário” (p.139). Exemplo disso foram os procedimentos adotados na aplicação dos questionários na fase de diagnóstico da situação e na fase de avaliação da EIM, que contemplou a administração dos questionários à população-alvo em formato de papel e também disponíveis na internet.

3) Avaliação dos questionários de levantamento de necessidades.

4) Reuniões com Professora Orientadora e Enfermeira Orientadora do Estágio, sempre que necessário.

5) Elaboração de um instrumento de registo estruturado, *check-list*, com base na norma 001/2017 da Direção Geral da Saúde: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.

6) Realização de sessões de formação em serviço, na UADCI, VMER Évora e UCIC, para apresentação da Norma 001/2017 da Direção Geral da Saúde: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde e da *check-list* aos profissionais envolvidos na EIM,

7) Implementação da *Check-list*: Síndrome Coronário Agudo,

8) Revisão da *check-list*, sempre que se justificar e de acordo com *feedback* recolhido aos profissionais de saúde utilizadores da mesma,

9) Sensibilização dos profissionais de saúde dos diferentes serviços para a utilização da *check-list*,

10) Avaliação da implementação da *check-list*, através da aplicação e avaliação dos questionários respondidos pela população alvo.

Importa referir que, esta formação, realizada em momentos informais durante as passagens de turno da UADCI e da VMER, apresentou conteúdos teóricos acerca da norma 001/2017 da DGS: comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde e teve também como objetivo a apresentação da *check-list* a implementar na UADCI, com recurso a uma apresentação em *Power-point* (Apêndice IV), tentando englobar o maior número de profissionais possível. Também seriam contemplados, com esta sessão, os enfermeiros da UCIC, na medida em que estes dariam continuidade à prestação de cuidados aos doentes com EAM submetidos a angioplastia, provenientes da UADCI, e a *check-list* seria parte integrante dos registos de enfermagem do processo do doente.

Pretendeu-se, portanto, que este instrumento de registo fosse utilizado não só na UADCI, mas que pudesse acompanhar o doente em todo o seu tempo de internamento, dado que os doentes submetidos a ICPP seguem sempre para a UCIC e não para domicílio, e neste sentido, também este documento contemplaria informação necessária aos colegas do internamento. Deste modo, também entre estas duas equipas seria facilitada a comunicação aquando da segunda transição de cuidados.

## 2.5. Apresentação de Resultados e Discussão

O questionário aplicado aos profissionais de saúde foi dividido em duas partes, em que na primeira se pretendia fazer uma identificação dos mesmos relativamente ao grupo profissional e serviço no qual se inseria.

Na Tabela 3 pode-se observar o universo de participantes, que tinham como tarefa responder às questões enunciadas no questionário.

**Tabela 3** – Universo de indivíduos elegíveis para participar na resposta ao questionário

<b>Total de indivíduos elegíveis a responder ao questionário</b>	<b>Grupo profissional</b>
<b>7</b>	Enfermeiro UADCI
<b>18</b>	Enfermeiro VMER
<b>10</b>	Médico VMER

O critério de selecção da amostra foi pertencer à equipa de enfermagem da UADCI ou à equipa multidisciplinar da VMER.

A Tabela 4 representa o grupo profissional e respectivo serviço e o número de elementos de cada grupo que respondeu ao questionário de levantamento de necessidades.

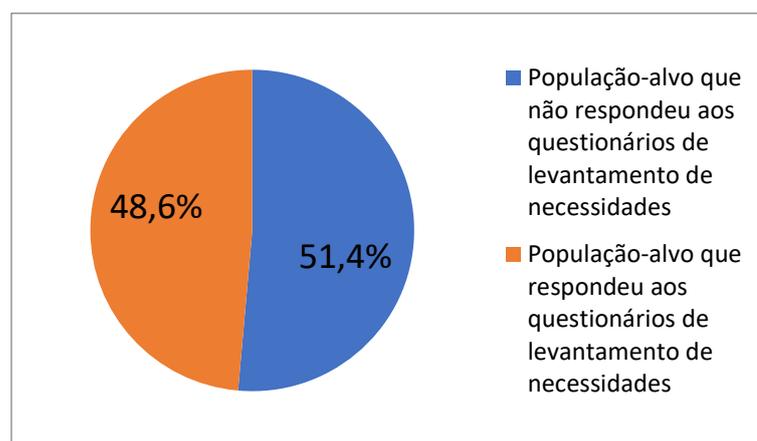
**Tabela 4** - Resultados da identificação da população-alvo que respondeu ao questionário de diagnóstico de situação por grupo profissional e por serviço

<b>Grupo profissional</b>	<b>Nº de respostas</b>	<b>% total</b>
Enfermeiro UADCI	7	100%
Enfermeiro VMER	5	27,80%
Médico VMER	5	50%

Fonte: Questionários

Analisando a Tabela 4, verifica-se que de um total de 35 indivíduos, apenas 17 responderam ao questionário de avaliação de necessidades, sendo visível uma maior representatividade dos Enfermeiros UADCI (100%), seguindo-se os Médicos da VMER (50%) e, por último, os Enfermeiros da VMER (27,8%).

O Gráfico 1 representa, em percentagem, a população-alvo que respondeu e que não respondeu ao questionário de levantamento de necessidades.



**Gráfico 1** – Percentagem de participantes e não participantes na resposta ao questionário de levantamento de necessidade

Analisando o Gráfico 1, verifica-se que somente 48,6% da população-alvo (17) participaram no levantamento de necessidades, sendo que os restantes 51,4% (18), não participaram.

Considera-se, por conseguinte, que 48,6% é a amostra, ou fracção da população (Fortin, 2009) permitiu a análise do levantamento de necessidades. Importa ainda definir a representatividade desta amostra, que de acordo com Fortin (2009) “para ser representativa, uma amostra deve assemelhar-se, o mais possível à população” (p.313), pelo que a consideramos representativa, já que, os 48,6% são profissionais representativos dos dois serviços de implementação da EIM, ainda que corresponda a cerca de metade da população-alvo total abrangida.

A segunda parte do questionário teve como objetivo a identificação das necessidades, pretendendo aferir se os profissionais de saúde consideravam importante a temática *comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*; se sentiam necessidades formativas acerca da norma 001/2017 da DGS; se consideravam pertinente a realização de uma *check-list* facilitadora da comunicação na transição de cuidados de saúde do pré-hospitalar para a UADCI. Esta parte do questionário foi composta por um conjunto de oito questões dicotómicas, onde os profissionais assinalaram a que mais se adequava a si.

A Tabela 5 é representativa da análise dos questionários respondidos, podendo observar-se as percentagens de respostas “Sim” e “Não”. Analisámos as respostas

isolando os serviços, e também analisando o total de respostas dos participantes dos dois serviços em simultâneo.

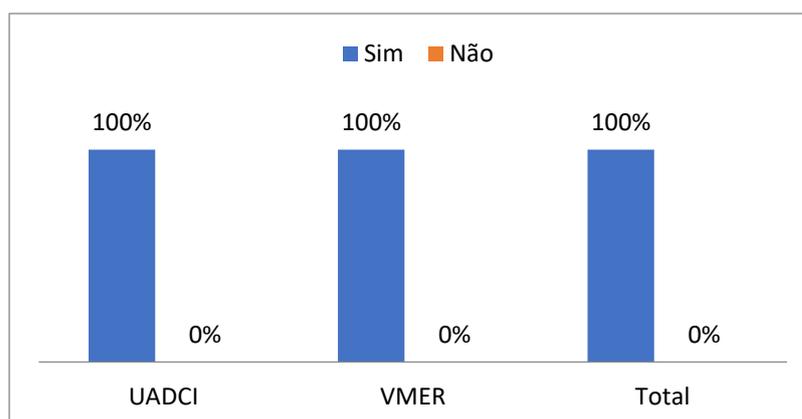
**Tabela 5** - Percentagem de respostas SIM da segunda parte do questionário, segundo serviços da população-alvo

Questão	Resposta por Grupo de Profissional					
	UACDI		VMER		UACDI+VMER	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
1. Considera a comunicação eficaz entre profissionais de saúde, um elemento essencial para a segurança do doente?	100%	0%	100%	0%	100%	0%
2. Considera a comunicação eficaz entre profissionais de saúde fundamental para uma transição de cuidados de saúde de qualidade?	100%	0%	100%	0%	100%	0%
3. Considera importante a existência de uma norma que facilite e optimize a comunicação entre profissionais de saúde aquando da transição de cuidados do doente?	100%	0%	100%	0%	100%	0%
4. Considera que a comunicação entre profissionais de saúde na transição de cuidados de saúde dos doentes provenientes do pré-hospitalar para a UACDI é sempre feita de forma eficaz?	0%	100%	30%	70%	17,70%	82,3%
5. Considera importante a existência de uma check-list com informação clínica e de procedimentos efectuados no doente que transita dos cuidados do pré-hospitalar para a UACDI?	100%	0%	100%	0%	100%	0%
6. Tem conhecimento da Norma 001/2017 da Direção Geral da Saúde: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde?	29%	71%	20%	80%	23,60%	76,4%
7. Conhece a mnemónica ISBAR, utilizada enquanto ferramenta facilitadora de uma comunicação eficaz entre profissionais de saúde?	14,30%	85,7%	30%	70%	23,60%	76,4%
8. Considera pertinente a realização de uma formação em serviço sobre os dois pontos anteriores?	100%	0%	90%	10%	94,10%	5,9%

Fonte: Questionários

Os resultados apresentados na Tabela 5 serão de seguida analisados em forma de gráfico, isolando cada uma das questões.

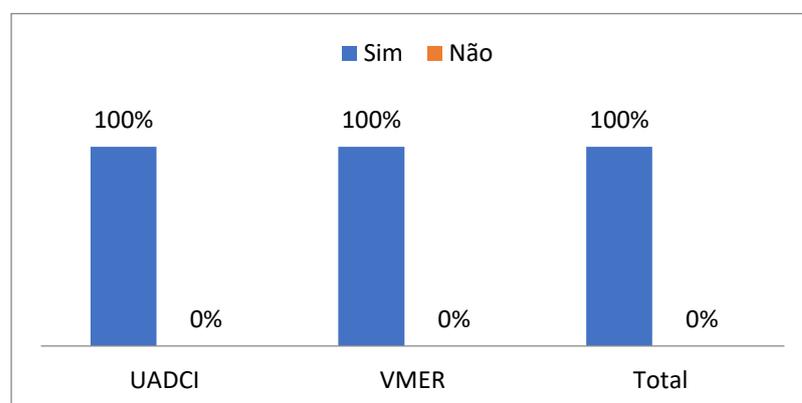
Assim, o Gráfico 2, correspondente à Questão 1: *Considera a comunicação eficaz entre profissionais de saúde, um elemento essencial para a segurança do doente?*, pretende mostrar a percepção dos enfermeiros no que diz respeito à relação existente entre a comunicação eficaz entre os profissionais de saúde e a segurança do doente crítico.



**Gráfico 2** – Respostas à Questão n.º 1

Analisando o Gráfico 2 concluiu-se que todos indivíduos que responderam a esta questão consideram a comunicação eficaz entre profissionais de saúde é essencial para a segurança do doente,

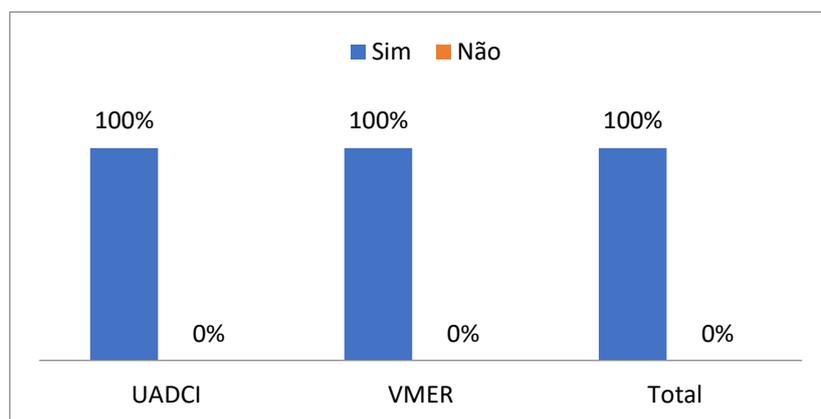
O Gráfico 3 representa as respostas à Questão 2: *Considera a comunicação eficaz entre profissionais de saúde fundamental para uma transição de cuidados de saúde de qualidade?*



**Gráfico 3** – Respostas à Questão n.º 2

Observando o Gráfico 2 pode concluir-se que é unânime a opinião da amostra que respondeu a esta questão, na medida que, todos consideram fundamental que para a existência de uma transição de cuidados de saúde de qualidade, é importante uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde. Esta ideia é corroborada por Foronda, MacWilliams e McArthur (2016), que numa revisão integrativa referem que uma comunicação ineficaz na saúde poderá resultar em atraso no tratamento, erros no diagnóstico, erros de medicação, lesões no doente ou até morte, pelo que é imperativo melhorar a eficácia da comunicação nos cuidados de saúde, assumindo-a como uma prioridade global.

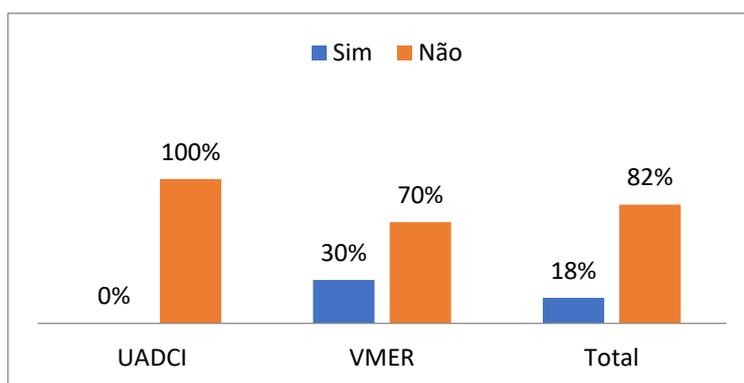
A questão n.º 3: *Considera importante a existência de uma norma que facilite e optimize a comunicação entre profissionais de saúde aquando da transição de cuidados do doente?*, tem as suas respostas representadas no Gráfico 4.



**Gráfico 4** – Respostas à questão n.º3

Todos os participantes responderam sim a esta questão, demonstrando que consideravam importante a existência de uma norma que fosse facilitadora e promotora da otimização da comunicação entre os profissionais de saúde. Esta percepção dos profissionais de saúde vai de encontro aos objetivos da norma 001/2017 da DGS (Direção-Geral da Saúde, 2017a).

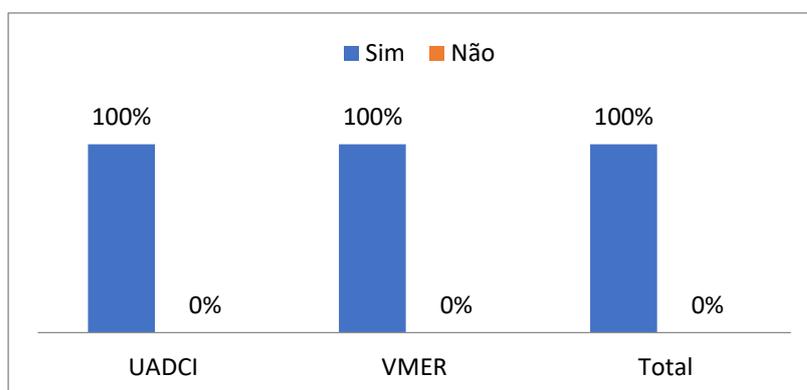
A Questão n.º 4: *Considera que a comunicação entre profissionais de saúde na transição de cuidados de saúde dos doentes, provenientes do pré-hospitalar para a UADCI, é sempre feita de forma eficaz?* remete especificamente para a percepção dos profissionais de saúde para o momento de chegada do doente à UADCI proveniente do exterior.



**Gráfico 5** – Respostas à Questão n.º 4

Observando os resultados obtidos para a questão n.º 4, verifica-se que a maioria dos profissionais de saúde não considera eficaz a comunicação entre eles, neste momento específico, que é a chegada do doente à UADCI. Pode ainda observar-se que a percepção não é igual entre os profissionais de saúde de acordo com o serviço onde exercem funções. Os enfermeiros da UADCI são unânimes, não considerando eficaz a comunicação quando recebem o doente na UADCI proveniente do pré-hospitalar, sendo estes os profissionais receptores da informação. Já alguns profissionais da VMER (30%, correspondente a 3 indivíduos), enquanto elementos emissores da informação, têm uma percepção diferente, considerando que a comunicação nesta transição de cuidados se faz de forma eficaz.

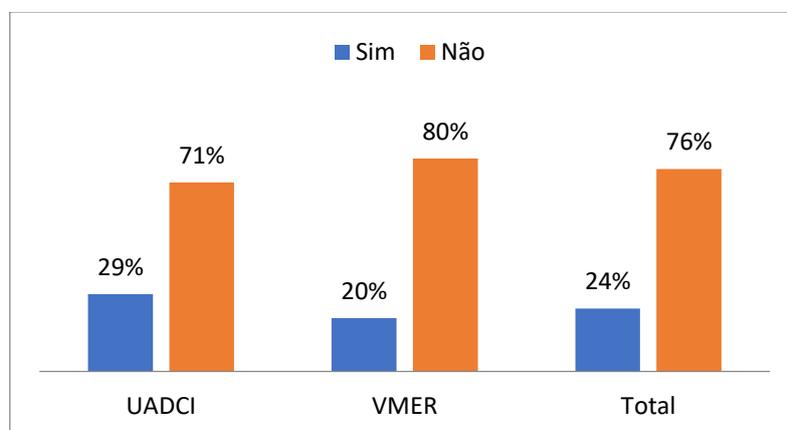
A Questão n.º 5: *Considera importante a existência de uma check-list com informação clínica e de procedimentos efectuados no doente que transita dos cuidados do pré-hospitalar para a UADCI?* considera-se uma das questões de maior pertinência para a realização desta EIM.



**Gráfico 6** – Respostas à Questão n.º 5

É congruente que, se a amostra considerou fundamental a existência de uma comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde de qualidade, também considere importante a existência que uma ferramenta que apoie e facilite essa mesma comunicação. Mphuthi e Pretorius (2016) num artigo original referem que, uma ferramenta devidamente estruturada, como a ISBAR, pode melhorar a eficiência da comunicação, assim como promover a segurança do doente, diminuindo a probabilidade da ocorrência de erros.

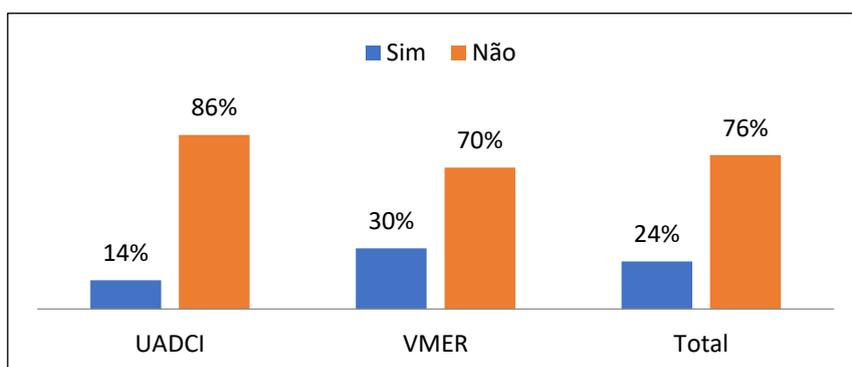
A questão n.º 6: *Tem conhecimento da Norma 001/2017 da Direção Geral da Saúde: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde?* considerou-se pertinente colocar, na medida que a *check-list* seria construída segundo os seus pressupostos.



**Gráfico 7** – Respostas à questão n.º 6

Verificou-se, analisando as respostas, que a maioria dos profissionais de saúde não tinha conhecimento da existência desta norma, não sendo significativa a resposta de acordo com o serviço de exercício de funções.

Na sequência da questão anterior, julgou-se importante apresentar a Questão n.º 7 *Conhece a mnemónica ISBAR, utilizada enquanto ferramenta facilitadora de uma comunicação eficaz entre profissionais de saúde?*, por ser uma mnemónica existente previamente à emissão da norma 001/2017 da DGS.

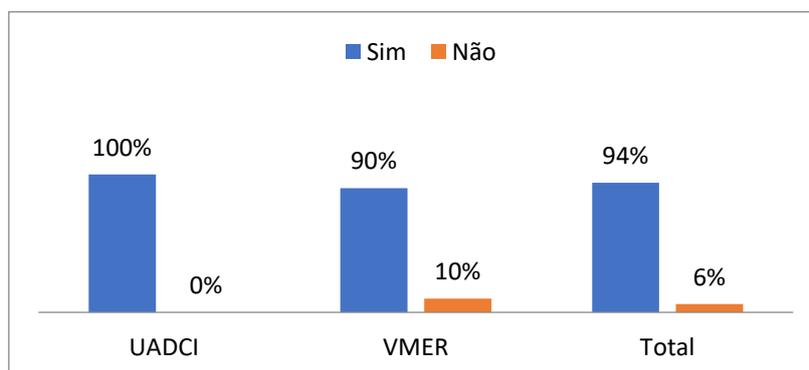


**Gráfico 8** – Respostas à Questão n.º 7

Analisando o Gráfico 8 verificou-se que a maioria dos profissionais de saúde, que respondeu ao questionário, não conhecia a mnemónica ISBAR e, mais uma vez, sem diferença significativa de acordo com o serviço onde exercem funções.

Assim, as respostas às questões representadas no Gráfico 7 e 8 demonstram que, não só existia desconhecimento em relação à Norma da DGS 001/2017, como também a mnemónica ISBAR era desconhecida para a maioria dos profissionais. Assim, avaliando estes resultados e o Gráfico 6, abaixo apresentado, foi possível validar a pertinência da realização de formação em serviço sobre as temáticas acima referidas.

A Questão n.º 8: *Considera pertinente a realização de uma formação em serviço sobre os dois pontos anteriores?* foi construída de forma a servir de validação de uma estratégia de implementação da *check-list*, que seria a formação em serviço para apresentação da norma 001/2017 e da mnemónica ISBAR, assim como ser o momento de apresentação do instrumento de registo estruturado.



**Gráfico 9** – Respostas à Questão n.º 8.

A maioria dos participantes respondeu afirmativamente a esta questão e, deste modo, confirmaram a pertinência da realização das sessões de formação em serviço.

Perante a análise detalhada deste questionário de avaliação de necessidades e, ainda que, menos de 50% da população-alvo abrangida na EIM tenha participado, em todas as questões apresentadas, as respostas foram unânimes entre os participantes. Assim, demos continuidade à nossa EIM, e construímos a *check-list*.

## **2.6. A Check-list**

Foi com base na avaliação dos resultados obtidos nos questionários de levantamento de necessidades que se considerou justificada a pertinência da construção do instrumento de registo estruturado, bem como a realização de formação em serviço que desse resposta às necessidades encontradas e na qual seria apresentada a *check-list*.

A construção deste documento iniciou-se com uma pesquisa bibliográfica, detalhada, não só da técnica ISBAR, mas também do tema SCA. Segundo Ramrakha e Hill (2012) o SCA é um termo utilizado para descrever um conjunto de sintomas que são resultado de uma isquémia do miocárdio, sendo que um SCA que resulta em lesão do músculo cardíaco é denominado Enfarte do Miocárdio. Ainda que o SCA possa englobar Angina Instável, EAM com supradesnivelamento do segmento ST e EAM sem supradesnivelamento ST, somente os primeiros dois são considerados para a entrada o laboratório de hemodinâmica. Importa ainda referir que o documento foi sofrendo alterações ao longo do período de implementação, com os contributos que os vários utilizadores iam fornecendo. No Apêndice V encontra-se a *Check-list* final.

A *check-list* foi então organizada de acordo com os pressupostos da técnica ISBAR, dividindo-a nas cinco parte que compõem a mnemónica. Assim, na Identificação, foi importante diferenciar os campos de identificação da equipa e do doente, tal como a técnica preconiza. Colocaram-se os dois meios que, maioritariamente transportam os doentes com SCA e que necessitam de reperfusão atempada, para a UADCI, ou seja, SIV e VMER. Ainda que o projeto tenha sido realizado com a parceria da VMER de Évora, pretendemos que se estenda aos outros meios do pré-hospitalar existentes na região Alentejo e que podem trazer doentes para a UADCI. Já na identificação do doente, dados como o peso mostraram-se fundamentais, na medida em que é com este valor que se determinarão as doses de fármacos como os do grupo das heparinas ou dos

antiagregantes plaquetários a administrar aos doentes, durante o procedimento de reperfusão.

A situação actual/causa pressupõe a descrição do motivo da necessidade de saúde e meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados (DGS, 2017). Adequando estes pressupostos no doente com SCA consideramos essencial a existência de dados como: avaliação da dor (hora, tipo e irradiação), informações relevantes sobre o eletrocardiograma do doente, um espaço para registo de alguns valores analíticos do doente e ainda um espaço para outras informações consideradas relevantes pela equipa.

A terceira parte da técnica ISBAR refere-se aos antecedentes considerados relevantes, e deste modo, apenas colocámos os que consideramos pertinentes para a SCA.

De acordo com a técnica ISBAR na avaliação devem estar contempladas as informações sobre o estado de saúde do doente, terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída, bem como as estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas (DGS, 2017). Assim, dividimos esta parte em dois grupos: o dos sinais vitais com possibilidade de mais que um registo e ainda um espaço para registo de PCR (e sua evolução); e o grupo da terapêutica instituída, com possibilidade de registar dose e horário de administração.

A *check-list* termina com as recomendações que deve ser a descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica (DGS,2017), que consideramos ser mais adequado para os registos do pós-procedimento, como forma de continuidade dos cuidados do doente da UADCI para a UCIC, para onde seguem, na maioria das vezes o doentes submetidos a coronariografia ou angioplastia. Contempla, ainda, informações relativas ao procedimentos e recomendações relativamente aos cuidados a prestar, e desta forma o documento segue junto ao processo do doente, facilitando a comunicação numa próxima transição de cuidados.

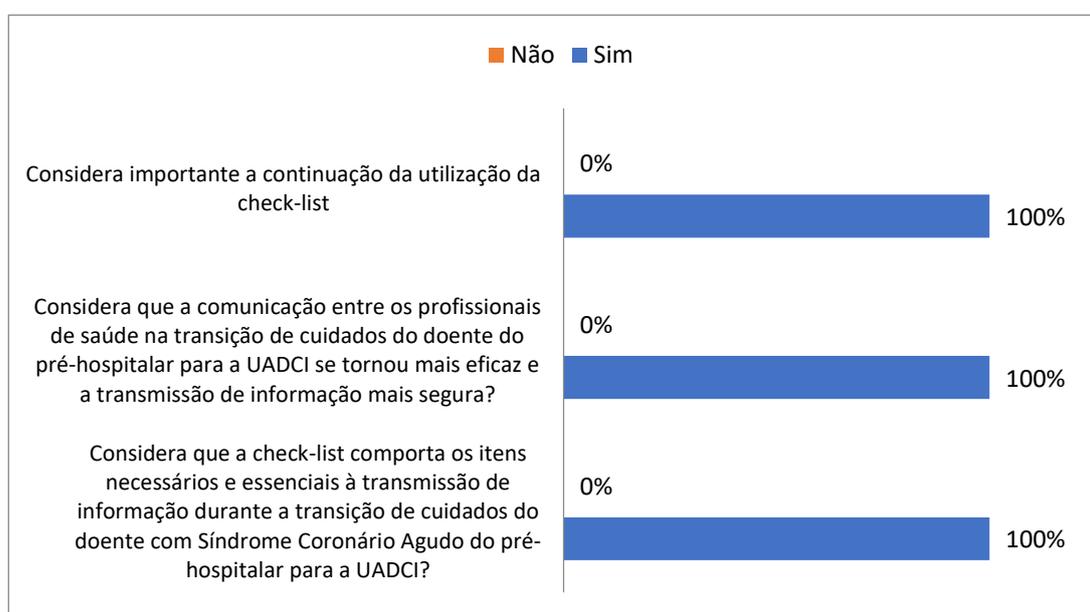
Pretendíamos que este documento estivesse na posse das equipas do pré-hospitalar, para que os mesmos já a pudessem trazer preenchida e entregá-la à equipa da UADCI, e assim, ainda que a informação continuasse a ser transmitida oralmente, o recetor da informação já não tinha que escrevê-la, podendo concentrar-se na transição física do doente para a sua unidade. Sempre que não fosse fornecida por parte da equipa do pré-

hospitalar, a *check-list* preenchida, era na UADCI, no momento de chegada do doente que os enfermeiros, em equipa, preencheriam o documento.

## 2.7. Avaliação

Após implementação da *check-list*, que aconteceu durante o período de aproximadamente um mês, foi distribuído um questionário à mesma população-alvo (Apêndice VI). Pretendia-se, deste modo, avaliar este instrumento de registo estruturado e validar se efectivamente este se tinha tornado numa ferramenta facilitadora da comunicação entre os profissionais de saúde aquando da transição do doente crítico cardíaco do pré-hospitalar para a UADCI.

Tendo em conta o pouco tempo em que foi possível entregar e avaliar os questionários, somente obtivemos respostas de 10 profissionais de saúde, 4 enfermeiros da UADCI e 3 enfermeiros e 3 médicos da VMER de Évora, representando uma amostra de 29% da totalidade da população-alvo. Destes 10 somente 4 já haviam utilizado a *check-list* – dois enfermeiros da UADCI e dois enfermeiros da VMER e, por conseguinte, somente consideramos as suas respostas para avaliação da implementação da *check-list*.



**Gráfico 10** – Respostas aos questionários de avaliação de implementação da *Check-list*

Ainda assim às questões consideradas fundamentais como: *Considera que a check-list comporta os itens necessários e essenciais à transmissão de informação durante a transição de cuidados do doente com Síndrome Coronário Agudo do pré-hospitalar para a UADCI?*; *Considera que a comunicação entre os profissionais de saúde na transição de cuidados do doente do pré-hospitalar para a UADCI se tornou mais eficaz e a transmissão de informação mais segura?*; e *Considera importante a continuação da utilização da check-list?*, verifica-se que todos os profissionais de saúde responderam “Sim”.

A última questão era apenas direccionada para os profissionais de saúde da UADCI *Considera a check-list uma ferramenta de registo e comunicação eficaz para a continuidade dos cuidados ao doente dentro da UADCI e posterior encaminhamento para o serviço de internamento?* E, também aqui, a resposta “sim” foi unânime entre os enfermeiros.

Ainda que formalmente sejam apenas estes os resultados passíveis de ser apresentados, em conversas informais, ainda durante o período de implementação, vários foram os profissionais que manifestaram consideração positiva sobre a existência da *check-list* enquanto instrumento de registo facilitador da comunicação e promotor da segurança do doente.

## **2.8. Divulgação dos Resultados**

A divulgação de Resultados é considerada por Ruivo et al. (2010) como sendo uma fase importante, onde é dada a conhecer à população em geral bem como a outras entidades a pertinência do projeto e o caminho percorrido na resolução de um problema, na medida em que promove o desenvolvimento dos profissionais e melhora a prestação de cuidados aos doentes.

Neste projeto específico que foi a EIM, todo ele foi divulgado não só na redacção do presente relatório, como, também, na divulgação pública para profissionais de saúde, com apresentação de resultados, na comunicação livre realizada no V Encontro de Enfermeiros Especialistas de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Esta comunicação livre recebeu *feedback* positivo da comunidade científica e profissionais de enfermagem

presente, onde foram tecidos comentários que valorizaram e apoiaram a implementação deste instrumento de registo estruturado, que segundo opiniões, deveria ser alargado a outras unidades de hemodinâmica e outros meios do pré-hospitalar; opiniões que tanto nos orgulharam.

### **3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS**

Neste ponto pretende-se realizar uma descrição e análise reflexiva do percurso e atividades realizadas de forma a atingir as competências preconizadas a atingir. Para facilitar leitura foi dividido nas três áreas distintas, mas na realidade interligadas, as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e as Competências de Mestre em Enfermagem. As duas primeiras emanadas pelos Regulamentos da Ordem dos Enfermeiros e a última pela Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (A3ES).

Gómez-Rojas (2015) afirma que competência profissional é o grau de utilização dos conhecimentos, habilidades e julgamento associados a uma profissão, em todas as situações que se podem enfrentar no decorrer da prática profissional.

Um contributo essencial para o estudo do desenvolvimento de competências em enfermagem foi o de Patricia Benner. Na sua teoria, Benner (2001) adaptou à prática clínica de enfermagem, o modelo Dreyfus e Dreyfus de aquisição de competências. Esta teoria define que “a aquisição de competências baseadas sobre a experiência é mais segura e mais rápida se assentar sobre boas bases pedagógicas” (p. 23). Descreve, ainda, que os enfermeiros que se encontram em níveis diferentes da prática reconhecem e respondem, necessariamente, às necessidades de forma diferente.

Enquanto o enfermeiro ganha experiência, o conhecimento teórico e prático fundem-se originando o conhecimento clínico. Assim, são definidos os diferentes níveis de aquisição de competências do enfermeiro, segundo Benner (2001): iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. A enfermeira iniciada caracteriza-se por não possuir nenhuma experiência, o seu desempenho é baseado no cumprimento de regras e instruções. A Enfermeira iniciada avançada já experienciou situações reais e é capaz de reconhecer os factores significativos que se reproduzem em situações semelhantes, tornando-se competente quando começa a aperceber-se das suas intervenções em termos objetivos ou dos planos a longo prazo dos quais está consciente; por outro lado a

Enfermeira proficiente apercebe-se das situações como uma globalidade e não em termos de aspetos isolados, ao passo que a enfermeira perita por ter uma enorme experiência, consegue interpretar de maneira intuitiva cada situação e apreende o problema (Benner, 2001).

### **3.1. Competências Comuns**

Como já foi referido anteriormente o Enfermeiro Especialista é profissional de saúde que possui um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem que se traduzirá num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. Estas competências especializadas surgem de um aprofundamento dos domínios das competências do enfermeiro de cuidados gerais (Regulamento n.º 122, 2011).

#### *A - Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal*

Um enfermeiro especialista, de acordo com este domínio de competência, deve demonstrar “um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica” (Regulamento n.º 122, 2011; p. 8649). Esta competência assenta, por isso, num corpo de conhecimentos no domínio ético-deontológico, assim como na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do doente (Regulamento n.º 122, 2011).

Considera-se ter realizado, ao longo de toda a prática supervisionada, ter realizado um exercício seguro, profissional e ético, tendo por base o Código Deontológico de Enfermagem, na medida em que enquanto profissional de enfermagem já desenvolvia esta competência na sua prática diária.

#### *B - Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade*

Considerando a importância da qualidade para a saúde e todos os conceitos anteriormente descritos, A Fundação Calouste Gulbenkian (FCG), em 2014 publicou o documento “Um futuro para a saúde – todos temos um papel a desempenhar”, que sumariamente apresenta os resultados do projeto “*Health in Portugal: a Challenge for the Future*” (Fundação Calouste Gulbenkian, 2014). Da leitura deste livro, verificou-se

que um dos fatores-chave, impulsionador para as mudanças da saúde no futuro, é a procura contínua de melhoria da qualidade.

A qualidade em saúde, nas últimas décadas, tem sido alvo de investigação e criação de políticas em Portugal. Atualmente define-se qualidade como o “grau em que um produto ou serviço corresponde ou excede os requisitos das pessoas a quem se dirige – os clientes” (FCG, 2014, p. 103).

No âmbito das Competências do Enfermeiro Especialista, Artigo 6º do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, estão descritas as competências do domínio da melhoria contínua da qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2010). De acordo com este artigo, o enfermeiro especialista deverá ser capaz de, entre outras competências, conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade. De encontro a esta ideia, Ferreira (2015) refere que a atualização e o nível de formação dos profissionais de saúde é uma condição indispensável para que, no âmbito das suas funções, seja atingida a qualidade dos serviços. A autora acrescenta ainda que a formação em serviço vincula três áreas específicas do saber: saber saber, que envolve a aquisição de conhecimento geral e específico, saber fazer, onde são necessárias aquisição de competências imprescindíveis ao desempenho proficiente e o saber ser e estar, que acarreta um conjunto de atitudes e comportamentos (Ferreira, 2015).

Os momentos de formação em serviço são propícios ao desenvolvimento desta competência, na medida em que o enfermeiro especialista, de modo a concretizar a formação, terá de identificar oportunidades de melhoria (levantamento de necessidades de formação) com posterior estabelecimento de prioridades de melhoria, selecionar estratégias de intervenção para garantir essa melhoria e elaborar guias orientadores de boas práticas (através da consecução efetiva da formação e elaboração de documentação orientadora para os formandos).

Assim, o Enfermeiro Especialista deve responsabilizar-se por ser facilitador da aprendizagem, agindo como formador oportuno em contexto de trabalho, na supervisão clínica e em dispositivos formativos formais, como por exemplo atuando na realização de ações de formação em serviço. Para isso, e de acordo com as suas competências, deve diagnosticar as necessidades formativas, no seu contexto de trabalho e na sua área de especialidade, e, por conseguinte, deve conseguir conceber e gerir programas e

dispositivos formativos. Deve ser ainda o elemento da equipa que além de ser capaz de promover a aprendizagem, seja elemento ativo na promoção da destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros, devendo saber avaliar o impacto da formação.

Foi, também, com base nesta competência específica do domínio da melhoria e qualidade que foi desenvolvida a Estratégia de Intervenção *Major*, dado que ter-se apostado na formação dos enfermeiros através de formação em serviço, apresentando normas atualizadas sobre prestação de cuidados de qualidade, bem como foi uma intervenção que promovia a concretização, a longo prazo, de um projeto institucional na área da qualidade.

Esta competência foi também ela desenvolvida através de diversas atividades específicas como foram a construção do instrumento de registo, a *check-list*, enquanto estratégia de melhoria da prestação de cuidados, assim como através da realização de sessões de formação em serviço para dar a conhecer esse instrumento, aos diversos profissionais de saúde.

A formação em serviço surge, assim, como uma estratégia de atualização em contexto de trabalho de forma dinâmica, envolvendo todos os intervenientes. Segundo Ferreira (2015) a formação pode ser definida como um conjunto de experiências de aprendizagem planeadas por uma organização, que tem como finalidade a introdução de mudanças nas capacidades, conhecimentos, atitudes e comportamentos dos profissionais. Definição que ia de encontro ao pretendido, ou seja, que os enfermeiros pudessem a partir daquele momento operacionalizar o instrumento de registo, a *check-list*.

Estas sessões decorreram de forma informal, ainda que apresentando documentos, como a Norma 001/2017 da DGS e a própria *check-list* e uma apresentação, durante as passagens de turno (inicial e final) e onde os enfermeiros se mostraram disponíveis para a colaboração no processo, dando o *feedback* positivo acerca da construção e implementação deste documento.

Ainda neste estágio, a pedido da enfermeira responsável pelo serviço de internamento de Cardiologia, e de forma a perceber a eficácia da comunicação entre enfermeiros na transição de cuidados de saúde, nomeadamente durante as passagens de turno, foi

realizada, informalmente, mas com conhecimento dos enfermeiros, uma observação direta das passagens de turno não só da UCIC mas também do serviço de internamento de forma a realizar um diagnóstico de situação sobre as passagens de turno. Este diagnóstico de situação pretendia averiguar, sumariamente, se a transmissão de informação, durante as passagens de turno, ia de encontro à Norma 001/2017, até ao momento desconhecida pelos enfermeiros de ambos os serviços. O documento elaborado e enviado à Enfermeira Responsável encontra-se no Apêndice VII.

### *C - Competências do domínio da gestão de cuidados*

A gestão dos cuidados, de acordo com Santos e Lima (2011) implica o planeamento de cuidados, a provisão dos recursos bem como a supervisão e liderança da equipa de enfermagem, são elementos essenciais a uma boa gestão de cuidados. Se por um lado a supervisão é responsável por promover a reflexão e discussão sobre a prática, a liderança, por seu lado, é um instrumento que auxilia na gestão do cuidado, favorecendo o seu planeamento, a coordenação da equipa e a delegação e distribuição de atividades (Santos e Lima, 2011)

Durante os vários campos de estágios e atividades desenvolvidas as competências deste domínio foram sendo adquiridas através da gestão dos cuidados, colaborando na otimização da resposta da equipa de enfermagem, em articulação com a equipa multidisciplinar, assim como a nível da tomada de decisão. A gestão de cuidados também nos reporta para a adequação dos recursos disponíveis para as necessidades de cuidados, pelo que também isso foi sempre tido em conta para o desenvolvimento destas competências.

### *D - Competências do domínio das aprendizagens profissionais*

Pacheco (2014) define o cuidar como a prestação global e continuada de atenção a um doente, tendo sempre em conta que antes de tudo é uma pessoa situada num determinado tempo e espaço e evidentemente inserida numa família sociedade e cultura. Difere do “tratar” que se define como a “prestação direta de cuidados técnicos e especializados dirigidos à doença e que têm como principal finalidade ‘reparar’ o órgão ou órgãos doentes” (Pacheco, 2014, p.32). Sabemos, e tal como a autora refere que tradicionalmente o “cuidar” parece ser característica própria e atitude comum do enfermeiro, enquanto o “tratar” afigura-se mais ao domínio do médico. Ainda assim, os

enfermeiros podem e devem colaborar no diagnóstico e tratamento, mantendo sempre como foco a pessoa doente como um ser único e insubstituível que é, não podendo ser visto como um objecto ou um número, mas como “uma pessoa singular numa situação particular, a quem se devem prestar cuidados individualizados e cujos direitos e necessidades devem ser sempre respeitados” (Pacheco, 2014; p.35).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2009) os profissionais de enfermagem, com vista à excelência do seu exercício, têm o dever de garantir uma atualização contínua dos seus conhecimentos tendo por base uma formação permanente aprofundada nas ciências humanas. O dever de atualização de conhecimentos para o enfermeiro, decorre do direito do doente a cuidados de qualidade, prestados de acordo com as mais recentes aquisições dos saberes nos diversos domínios.

Durante este percurso formativo houve uma busca constante de novas aprendizagens, não só através da prática clínica mas também através de pesquisa bibliográfica sobre a pessoa em situação crítica e indo a eventos científicos, onde a partilha de conhecimentos é intensa e promove a melhoria dos cuidados prestados, permitindo também a actualização de conhecimentos. Em suma, vai ao encontro do que se pretende neste domínio de competência e contribuindo grandemente para o desenvolvimento profissional. Relativamente aos eventos científicos, em que foi possível participar durante o Estágio Final, considera-se que os mesmos foram importantes para o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências.

Nos eventos científicos existe uma partilha de conhecimentos por parte dos investigadores preletores e o público que assiste, e são dadas a conhecer as práticas e teorias mais actualizadas na área da ciência, bem como poderão ser apresentadas novas formas de abordagem aos mais variados temas que promovem a melhoria da prestação de cuidados, no caso da enfermagem em particular. Também Benner defendia a importância da aquisição contínua de conhecimentos afirmando que a enfermagem tem de desenvolver a base de conhecimento da sua prática bem como começar a registar e desenvolver esse conhecimento da prática clínica, e conseguirá através da investigação e observação científica (Tomey e Alligood, 2004).

De seguida, descrever-se-ão sumariamente esses eventos e de que forma contribuíram no percurso de formação.

## ***XXIV Jornadas Municipales de Catástrofe***

Com o lema “Ajudar a cidade a viver com segurança”, a SAMUR-Protecção Civil celebrou a 24ª edição das *Jornadas Municipales de Catástrofes*, nos dias 6 e 7 de outubro de 2017 (certificado de participação disponível no Anexo F).

Ainda que em contexto observacional, a participação neste evento promoveu o raciocínio clínico acerca do que é o papel no Enfermeiro Especialista na resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas, da concepção à ação, contribuindo para a aquisição da competência K2.

Este evento internacional contou com a presença de vários representantes de equipas do pré-hospitalar europeu que abordaram temáticas relacionadas com o acompanhamento e tratamento do doente crítico mas, houve um grande enfoque na abordagem de situações de catástrofe e multi-vítimas que têm acontecido nos últimos anos na Europa, nomeadamente os atentados em Barcelona, Nice, Bruxelas e Londres, e foi ainda abordado a atuação das equipas de emergência pré-hospitalar no terramoto ocorrido no México em 7 de setembro.

Como em anos anteriores, esta Conferência encerrou com uma grande simulação de catástrofes em que participaram mais de 500 membros dos três órgãos municipais de emergência, além de várias equipas de saúde de 14 comunidades autónomas. Este ano a novidade foi a que da assistência saíram voluntários que foram também eles assistir as vítimas. Percebe-se que, desta forma, o SAMUR tentou demonstrar que perante as emergências os cidadãos podem transformar-se em agentes ativos da proteção civil, contribuindo assim para melhorar e fortalecer a cadeia da sobrevivência.

O simulacro incluiu um exercício altamente complexo, no qual a coordenação entre as equipas se tornou especialmente importante aquando do aparecimento de um suposto terrorista com explosivos e acompanhado de reféns que acabou por desencadear a intervenção policial. A evacuação de 45 pessoas para os hospitais *12 de Octubre, Gómez Ulla e La Paz* pretendeu testar a capacidade de reação e desempenho desses hospitais numa situação real.

### ***Doente Crítico 17***

A Associação Portuguesa de Enfermeiros decidiu juntar os seus dois eventos relacionados com o doente crítico: o 4º Encontro de Enfermagem de Emergência e as 10ªs Jornadas Nacionais de Cuidados Intensivos. Esta fusão deu lugar ao “Doente Crítico ’17” que se esperava ser um encontro onde todos os Enfermeiros que lidam diariamente no cuidado ao doente crítico, se pudessem encontrar e debater temas de elevada relevância, seja no âmbito da emergência pré-hospitalar, do serviço de urgência ou dos cuidados intensivos.

Assim, pareceu-nos que também este evento seria um importante veículo de aprendizagem e aquisição de conhecimentos, na medida em que a partilha de experiências seria feita por peritos na área.

Destacamos como principais temáticas: Catástrofe (abordando a preparação Pré-hospitalar e Hospitalar Nacional), Especialidade em Pessoa em Situação Crítica (visão da OE e o papel no Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica na Urgência e nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)), O Enfermeiro do Pré-hospitalar (nos diversos meios e contextos) e ainda Atualização em UCI (onde destacamos a palestra de Agentes Antimicrobianos). O Certificado de participação no evento encontra-se no Anexo G.

### ***X Jornadas de Cardiologia de Évora***

As X Jornadas de Cardiologia de Évora tiveram como propósito a partilha de conhecimentos e experiências na abordagem da doença cardíaca, privilegiando a inovação, sem descurar a realidade, e foram organizadas pelo serviço de Cardiologia do HESE, EPE, e onde era quase mandatária a presença dos profissionais de saúde pertencentes a esta equipa, fossem eles da equipa de internamento ou da UADCI. Decorreram nos dias 17 e 18 de Novembro de 2017 e incluíram quatro mesas redondas, um simpósio-debate, duas conferências e um espaço dedicado a comunicações científicas originais, apresentadas sobre a forma de cartaz electrónico.

A importância da participação neste evento foi pela temática específica do doente crítico cardíaco e por ser um evento multidisciplinar onde houve enfoque em temáticas

relacionadas com a prática de enfermagem especificamente. O certificado de presença encontra-se no Anexo H.

### ***V Encontro de Enfermeiros Especialista de Enfermagem Médico-Cirúrgica***

O V Encontro dos Enfermeiros Especialistas de Enfermagem Médico-Cirúrgica, sob o tema “A Partilha da Excelência da Prática Clínica Especializada”, decorreu no Auditório da CCDR Alentejo, em Évora, nos dias 19 e 20 de Janeiro de 2018 (certificado de participação no Anexo I). Este encontro visou a partilha de experiências e conhecimentos, onde a Mesa do Colégio apelou aos enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica para se candidatarem à apresentação de trabalhos livres.

Não sendo ainda Enfermeira Especialista, mas estando nesse processo de desenvolvimento, em conversa com a enfermeira responsável pelo Estágio Final e Professora Orientadora, chegou-se à conclusão que era o local indicado para promover o projeto que se vinha a construir na UADCI, ou seja, a implementação da *check-list*. Assim, foi enviado resumo (Apêndice VIII) que foi aceite, e no dia 20 de Janeiro foi então realizada a comunicação livre (Apêndice IX).

Este evento revelou-se assim de extrema importância, não só pela aquisição de novos conhecimentos adquiridos durante a assistência às variadas palestras, como também foi possível realizar uma nova experiência enquanto dinamizadora de uma comunicação livre que pretendia dar a conhecer um projeto que promoveria uma oportunidade de melhoria e que, conseqüentemente, poderia ser considerado um guia orientador de boas práticas.

Ainda neste encontro houve oportunidade da realização de um *workshop* sobre “Abordagem da via aérea no doente crítico”.

## **3.2. Competências Específicas**

*K.1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.*

Foi neste grupo de competências específicas que mais atividades foram desenvolvidas, não em detrimento de outras, mas porque na realidade foram as competências mais passíveis de ser desenvolvidas no Estágio Final na UADCI ou em outras atividades complementares como os estágios de observação no SAMUR, SUMMA 112, VMER de Évora e UCIC.

Assim, para cada unidade de competência definida no Regulamento da Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica serão descritas as principais atividades realizadas que possibilitaram o desenvolvimento e aquisição destas competências.

#### K.1.1. – Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.

Atividades como a realização de pesquisa bibliográfica que sustentasse um corpo de conhecimentos teóricos que se reflectissem na prática clínica foi crucial a prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, bem como assegurar a continuidade desses cuidados, alicerçaram o percurso de desenvolvimento desta unidade de competência.

No último dia de estágio da UADCI houve oportunidade de fazer admissão de um doente para a vulgarmente chamada “primária”, ou seja, um doente vindo do exterior (em contexto extra-hospitalar) para a realização de cateterismo cardíaco de diagnóstico e angioplastia primária ou também designada ICPP. A ICPP é atualmente a estratégia de reperfusão mais importante para o doente com Enfarte Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do segmento ST (EAMCSDST) (Ramrakha e Hill, 2012).

Na UADCI são admitidos os doentes com dor pré-cordial e com electrocardiograma – exame complementar de diagnóstico que disponibiliza a informação sobre o ritmo, condução e, frequentemente etiologia, podendo assinalar alterações do segmento ST que são indicadoras de EAM (Ponce, 2012) –, que demonstre a existência de EAMCSDST ou com Bloqueio Completo de Ramo Esquerdo (BCRE) de novo, através do encaminhamento telefónico prévio, que é da responsabilidade do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) através da Via Verde Coronária. A Via Verde Coronária é o encaminhamento feito pelo INEM às vítimas de EAM para os hospitais adequados,

permitindo um tratamento rápido e eficaz nas salas de hemodinâmica ou Unidades de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC).

O doente admitido para “primária” apresentava EAMCSDST e havia já sofrido paragem cardiorrespiratória (PCR) na sequência de uma bradicardia (por um bloqueio aurículoventricular de 3º grau), tendo sido reanimado com sucesso e colocado *pacemaker* provisório no Hospital de Beja – onde estaria quando entrou em PCR -, trazendo acessos venosos centrais e periféricos com perfusão de inotrópicos e vasopressores (dopamina e dobutamina). Segundo Ponce e Mendes (2015) após a reanimação cardiorrespiratória (RCR) deverá manter-se uma pressão arterial média entre 80-100mmHg e a pressão venosa central 8-12mmHg e administrar-se fármacos vasoactivos. De acordo com estes autores, se a bradicardia for sintomática e não houver resposta aos fármacos dever-se-á proceder à implantação de *pacemaker* transvenoso provisório.

O doente foi admitido na unidade, procedeu-se ao seu acolhimento assim como à colheita de dados registada na *check-list* realizada para a admissão destes doentes e rapidamente toda a equipa colocou o doente na mesa da sala de hemodinâmica para se proceder à angioplastia. Foi necessária coordenação e calma por parte de toda a equipa visto que o doente trazia muito equipamento invasivo colocado que teríamos de garantir a permanência. Com vista a um aumento da qualidade de cuidados de saúde prestados e segurança do doente é importante uma boa coordenação da equipa, que passa por uma eficaz comunicação e boas relações interpessoais entre os profissionais de saúde, identificação dos pontos fortes e fracos das equipas, bem como, a existência de satisfação no trabalho (Homem, Patrício, Cardoso, & Lourenço, 2012).

A abordagem para a angioplastia coronária foi feita por via radial. Esta é a abordagem de eleição na UADCI e justifica-se pelas vantagens que existem da sua utilização, tais como a redução de complicações vasculares e a capacidade de mobilizar os doentes de imediato após o procedimento (Ramrakha e Hill, 2012).

Esta foi uma situação em que, não só pela observação direta dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, mas também pela prestação direta de cuidados, contribuiu para o processo de aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, na medida em que era uma

situação de saúde complexa e que necessitava de cuidados por parte do enfermeiro que teve de conseguir mobilizar não só os conhecimentos mas também habilidades múltiplas de forma a responder em tempo útil e de forma holística às necessidades do doente.

#### K.1.2. – Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos

“Uma intervenção de enfermagem é qualquer tratamento baseado no julgamento clínico realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados de um paciente” (Bulechek, Butcher e Dochterman, 2010; p. 44). Para a administração de protocolos terapêuticos complexos é necessário um conjunto enorme de intervenções, que muitas vezes não estão ao alcance de profissionais menos treinados. Esta ideia é também atestada pelas palavras de Benner (2001) que refere que muitas vezes as enfermeiras não atribuem o crédito das competências de que elas fazem prova no que diz respeito à administração de protocolos terapêuticos muitas vezes complicados.

A concretização deste percurso formativo foi, por conseguinte, uma mais-valia para a aquisição desta competência, dado que por serem cenários tão específicos foi necessário um grande investimento da nossa parte, de forma a dar resposta aos desafios diários colocados em cada campo de estágio e a cada doente, bem como foi importante para a prática diária de enfermagem já em contexto profissional.

No estágio do SAMUR houve possibilidade de aplicabilidade desta competência, numa saída específica para uma vítima com características específicas e que obrigavam à gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos.

Tratava-se de uma vítima queimada, um electricista que havia sido eletrocutado no quadro elétrico, apresentando queimadura das vias aéreas, do membro superior esquerdo e região torácica anterior (queimaduras de 2º grau). Na prestação de cuidados a esta vítima queimada foi importante a equipa estar treinada e saber não só identificar os sinais e sintomas de gravidade como antecipar a instabilidade e risco de falência multiorgânica. Cambiaso-Daniel, Suman, Jaco, Benjamin e Herndon (2018) referem que lesões por queimaduras graves evocam fortes respostas emocionais na maioria das pessoas, incluindo profissionais de saúde que são confrontados com o espectro da dor, deformidade e morte em potencial.

A atuação perante o doente queimado grave, beneficia da integração concentrada dos serviços e profissionais de saúde, dada a natureza complexa das lesões por queimadura requerer uma gama diversificada de habilidades para o cuidado ideal (Cambiaso-Daniel et al., 2018). A importância de uma equipa multidisciplinar prende-se com o facto de não se poder esperar que um único especialista possua todas as habilidades, conhecimentos e energia necessários para a prestação de cuidados de saúde integral de doentes gravemente feridos (Cambiaso-Daniel et al., 2018).

Em casos de vítima crítica é, sempre que possível, na organização do SAMUR enviado uma viatura de apoio à ambulância que transporta além de algum equipamento para avaliação das vítimas alguma medicação, e tem na sua tripulação um técnico e um médico. Havendo a dada altura 6 elementos para tratar a vítima (dois médicos, um enfermeiro, um técnico e uma enfermeira estagiária) tudo se processou de forma rápida como era exigido nesta situação.

É importante que numa vítima queimada se proceda à eliminação da fonte de calor (neste caso a vítima foi rapidamente colocada na ambulância), remoção de roupa, lavagem abundante com água ou soro, controlo adequado da dor assim como prevenção da hipotermia (Ponce, 2012), pelo que foi essa evidência que alicerçou a atuação da equipa. Tão importante quanto isto foi a abordagem sistematizada ABCDE, já explanada neste documento, sendo que nesta vítima tínhamos o A (via aérea) visivelmente comprometido, que nos foi demonstrado pela dispneia, rouquidão, face e pescoço cheios de fuligem, pelos chamuscados no nariz, sobrancelhas e pestanas, apresentando ainda edema da orofaringe e da glote (identificados não só pela rouquidão apresentada, mas também após observação por laringoscopia das vias aéreas). Era por isso uma situação com potencial risco de perda da permeabilização da via aérea, devendo proceder-se à intubação endotraqueal precoce, ou seja, antes da falência respiratória (Ponce, 2012). Tudo se processou muito rápido, e enquanto o doente foi posicionado e rapidamente explicado o tratamento, foi analgesiado, sedado e com controlo de todos os parâmetros vitais foi realizada a intubação endotraqueal, que ainda que não tenha sido eficaz numa primeira tentativa, o doente ficou com ventilação invasiva definitiva aos fim de 15 minutos de entrar na ambulância.

Toda esta rapidez e eficácia na abordagem e tratamento desta vítima crítica se deveu ao facto de no SAMUR existirem profissionais com longos anos de experiência e com

formação permanente do que à pessoa em situação crítica diz respeito. Ponce e Mendes (2015, p. 92) afirmam que “a abordagem da via aérea depende da integração do conhecimento individual, do senso clínico/adequabilidade ao doente e da capacidade técnica – factores que evoluem ao longo da carreira de cada profissional”.

K.1.3. – Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas.

A dor é por definição, e segundo Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (Ordem dos Enfermeiros, 2016) uma

percepção comprometida: aumento da sensação corporal desconfortável, referência subjectiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoprotecção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção de tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distracção e perda de apetite (p.54).

Pareceu-nos importante a explanação da definição completa da dor, na medida em que ela pode ser experienciada de variadas formas, e deve o enfermeiro estar desperto qualquer uma das suas manifestações.

Também na avaliação e tratamento da dor, as intervenções de enfermagem se destacaram, não só a nível das medidas farmacológicas de acordo com prescrição médica, mas também com medidas não farmacológicas como intervenções independentes de enfermagem, fosse através do posicionamento do doente ou pela relação terapêutica, tentando diminuir o nível de ansiedade muitas vezes associado à dor que referiam.

Bulechek, Butcher e Dochterman (2010), na obra *Classificação das Intervenções de Enfermagem*, descrevem o controlo da dor como as intervenções que o enfermeiro executa na busca do alívio da dor ou a sua redução a um nível de conforto que seja aceite pelo paciente.

K.1.4. – Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica.

Num contexto de situação crítica, a pessoa e família podem vivenciar experiências que os podem deixar emocionalmente perturbados, já que por definição, e de acordo com a CIPE, a emoção é um processo psicológico caracterizado por “sentimentos conscientes ou subconscientes, agradáveis ou dolorosos, expressos ou não expressados, podem aumentar com o stress ou com a doença” (Ordem dos Enfermeiros, 2016; p. 56).

Cabe ao enfermeiro saber identificar estas alterações emocionais na pessoa/família e providenciar o devido apoio emocional, ou seja, oferecer tranquilidade, aceitação e encorajamento durante esses períodos de stress. Variadíssimas foram as situações em que foi necessário prestar apoio emocional aos doentes/famílias, visto que em qualquer dos campos de estágios, fosse por ser uma situação crítica do momento ou algo programado como os procedimentos na UADCI, estes apresentavam na maioria das vezes algum tipo de perturbação emocional, nomeadamente ansiedade. Sendo a ansiedade definida, à luz da CIPE, como um tipo de emoção negativa por um sentimento de ameaça, perigo ou angústia (Ordem dos Enfermeiros, 2016) foi imprescindível desenvolver intervenções de enfermagem que reduzissem essa ansiedade através da redução da apreensão, do receio, do pressentimento ou do desconforto relacionado a qualquer fonte identificada, ou não, de perigo antecipado.

Durante o estágio observacional no SUMMA 112, destacamos uma saída na UME, para uma vítima que, decorrente do seu processo de situação crítica, vivenciava um momento de ansiedade e com a qual consideramos enquadrar esta unidade de competência específica. Esta saída foi para um pedido de ajuda diferenciado de uma Unidade de Cuidados de Saúde Primários, onde se encontrava um doente que apresentava uma taquicardia supraventricular (TSV) para a qual não tinham terapêutica adequada. Uma TSV caracteriza-se por uma frequência cardíaca, com ritmo regular, habitualmente entre os 150 e os 200 batimentos por minuto (bpm), sendo definido como um mecanismo fisiopatológico subjacente que é a reentrada, implicando a presença de duas vias de condução auriculoventricular (AV) com períodos refractários distintos, em que uma das vias de condução corresponde à condução normal através do nódulo AV e a outra corresponde a uma via acessória localizada em diferentes zonas do anel mitral ou tricúspide. Durante a taquicardia, a condução anterógrada faz-se pelo nódulo AV enquanto a condução retrógrada atravessa a via acessória (Ponce, 2012). O tratamento do doente com este tipo de arritmia cardíaca passa pela realização de manobras vagais

(com uma taxa de sucesso de 20 a 25%), administração de fármacos como a adenosina, verapamil, diltiazem ou propranolol, podendo ser ainda considerada a amiodarona (Ponce, 2012).

Neste doente, em particular, haviam já sido efectuadas as manobras vagais sem sucesso. De facto, à nossa chegada o doente apresentava uma frequência cardíaca de cerca de 210 bpm, e mesmo após instituída terapêutica (Adenosina) apenas conseguimos que a frequência cardíaca diminuísse para os 170 bpm. Por este motivo, foi decidido que o doente devia ser por nós acompanhado para uma unidade de saúde adequada. Durante o transporte foi ainda administrada Amiodarona que também não surtiu efeito.

Durante este transporte foi possível manter contacto com o doente, que apresentava restantes sinais vitais estáveis, mas que se encontrava ligeiramente ansioso com a sua situação de saúde e como tal foi-lhe prestado o devido apoio emocional, através da conversa e escuta ativa.

K.1.5. – Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.

Segundo a CIPE, a comunicação é por si só um comportamento interactivo em que é dada e/ou recebida informação utilizando comportamentos verbais e não-verbais, cara a cara ou por via de meios tecnológicos (Ordem dos Enfermeiros, 2016). Assim, e sendo um processo interactivo, pressupõe-se que a comunicação seja também ela um processo interpessoal, ou seja que se faça nos dois sentidos, enfermeiro para doente/família e doente/família para enfermeiro.

A comunicação interpessoal foi uma constante durante todo este período de aprendizagem, e não se revelaram quaisquer dificuldades durante este percurso, mesmo quando o idioma não era o português.

K.1.6. – Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica ou falência orgânica.

Benner (2001, p.76) afirma que a ajuda oferecida pela enfermeira vai para além das definições daquilo que é terapêutico, acrescentando que “*trata-se por vezes*

*simplesmente de ter a coragem de ficar com o doente, de oferecer o reconforto que a situação permite”.*

A gestão do estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família foi sempre tentado ser feita, tendo por base os domínios, descritos por Benner (2001), sobre o Papel da Ajuda: (1) criação de um ambiente propício ao estabelecimento de uma relação que permita a cura, (2) execução de medidas que assegurem o conforto do doente e preservem a sua personalidade face à dor e a um estado de extrema fraqueza, (3) estar com o doente, (4) optimização da participação do doente para que este controle a sua própria cura, (5) interpretação dos diferentes tipos de dor e escolher as estratégias apropriadas para as controlar e gerir, (6) reconforto e comunicação através do toque, (7) promoção de um apoio afectivo e informação às famílias dos doentes, (8) colaboração e acompanhamento dos doentes aquando das mudanças que aconteçam nos planos emocional e físico, (9) atuação enquanto mediador psicológico e cultural, (10) utilização de objetivos com um fim terapêutico e (11) estabelecimento e manutenção de um ambiente terapêutico.

*K2 – Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas, da concepção à acção.*

No desenvolvimento das competências deste domínio, foi ao nível da observação que mais contributos se conseguiram. Assistir às *Jornadas Municipales de Catástrofe* em Madrid, com especial destaque para o simulacro, assim como assistir a palestras sobre a temática no Congresso Doente Crítico '17, possibilitaram uma melhor aprendizagem da teoria já abordada em contexto de sala de aula, durante a parte teórica do curso.

Destacamos, para a aquisição deste domínio de competência o estágio de 32h na VMER de Évora, onde foi possível participar ativamente num cenário multi-vítimas, tendo sido de facto um importante contributo para o desenvolvimento formativo e profissional. Tratou-se de um acidente rodoviário, do qual resultou 6 vítimas (uma grave e cinco ligeiras). Era uma situação complexa que exigiu processos de tomada de decisão, gestão de equipas do pré-hospitalar, nomeadamente os Bombeiros Voluntários que estavam presentes neste cenário, no sentido de proporcionar uma resposta pronta eficaz e eficiente.

A otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, no pré-hospitalar baseia-se muito na capacidade de avaliar e intervir estabelecendo prioridades. No processo de cuidados de enfermagem, a tomada de decisão do enfermeiro pode elucidar expressões importantes de sua subjetividade, pois as escolhas determinam o comportamento e as atitudes, o estabelecimento de relações de cuidado e as interações com a equipe de saúde (Busanello, Lunardi Filho, & Kerber, 2013).

A sistematização, hierarquização e precisão da avaliação efectuada são ferramentas úteis em emergência pré-hospitalar, para gerir os cuidados. Assim, somos capazes de estabelecer o melhor plano de abordagem e definir as prioridades de tratamento.

Foi, seguindo este pressuposto que foi realizada a prestação de cuidados, procurando atuar de forma sistematizada e precisa durante a avaliação aos doentes, estando atenta às prioridades e resolvendo os problemas identificados, não só no cenário multi-vítimas, como nas outras ocorrências. Ao enfermeiro que presta cuidados nestes cenários complexos é exigido um conjunto de conhecimentos e competências instrumentais, competências interpessoais e competências sistémicas, de forma a garantir qualidade e segurança no tratamento da PSC vítima de catástrofe ou emergência com multi-vítimas, surgindo assim como um elemento facilitador do processo, através de um plano individualizado de terapêuticas de enfermagem (Oliveira, 2014).

Ainda assim, além da pesquisa bibliográfica sobre a temática, durante o Estágio Final, nomeadamente na UADCI, fizemos questão de perceber a existência e conhecer o plano de emergência e catástrofe do serviço e do hospital em que estava inserido.

Toda a pesquisa bibliográfica, a observação de ambiente simulado de catástrofe, bem como a prestação efectiva de cuidados num cenário multi-vítimas foi fulcral para a aquisição e desenvolvimento desta competência.

*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 resposta em tempo útil e adequada.*

Consideramos que os enfermeiros podem desempenhar um papel de elevada importância no campo da prevenção e controlo, devido ao número elevado de horas de cuidados prestados aos doentes. Nesta linha de pensamento e segundo a Ordem dos

Enfermeiros (2012, p.11) o enfermeiro é aquele que demonstra: “um exercício seguro, responsável e profissional (...) competência assenta num corpo de conhecimento e na avaliação sistemática das melhores práticas, permitindo uma tomada de decisão fundamentada”. Só com uma atitude de prevenção e domínio de boas práticas se pode atuar no controlo da infeção e na melhoria dos cuidados de saúde. No seguimento desta temática, e também segundo a Ordem dos Enfermeiros (2007, p.17) o enfermeiro especialista é aquele que possui: “ um conhecimento aprofundado num domínio específico (...) que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzido num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado.” As Precauções Básicas de Controlo de Infeção são a base das boas práticas clínicas de modo a alcançar a prevenção deste tipo de infeções (DGS, 2016).

Em 2013, foi criado o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos (PPCIRA) pelo Despacho n.º 2902/2013 de 22 de fevereiro, com o objetivo de reduzir a taxa de infeções associadas aos cuidados de saúde, hospitalares e da comunidade, bem como a taxa de microrganismos com resistência aos antimicrobianos. Algumas das estratégias de prevenção do programa incluem a informação/educação, vigilância epidemiológica, normalização de estrutura, procedimentos e práticas clínicas (DGS, 2013).

Já mais recentemente, em 2016, através do Despacho n.º 3844-A/2016 de 15 de março, o PPCIRA foi considerado uma das áreas prioritárias para o Serviço Nacional de Saúde, necessárias para aumentar a qualidade da resposta hospitalar, minimizar as complicações potencialmente evitáveis e reduzir a incidência de eventos adversos. Estrategicamente, a Campanha da Higiene das Mãos implementada em 2009, demonstrou resultados positivos no ano de 2013 (Fundação Calouste Gulbenkian, 2015) embora ainda insuficientes para os resultados esperados. Em 2014 foi expandida, através da Campanha de Precauções Básicas de Controlo da Infeção instituída pela PPCIRA, com resultados a ultrapassarem os 70% (FCG citando DGS, 2015).

Em 2017 a Direção Geral da Saúde lança um documento sobre o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos, que tinha como intenção apresentar os resultados das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) referentes a 2016, medidas previstas para reduzir as infeções hospitalares e melhorar o

uso dos antibióticos e onde estavam explanadas as atividades realizadas em 2016/2017, bem como foi realizada uma previsão do que se pretende fazer em 2018 relativamente à vigilância epidemiológica das IACS, do consumo dos antibióticos e resistências aos antimicrobianos, assim como das atividades planeadas a 2020 (Direção-Geral da Saúde, 2017b). As conclusões principais deste documento foram: “as principais infeções associadas aos cuidados de saúde estão a diminuir” e “o consumo de antibióticos tem vindo a diminuir, quer nos hospitais, quer na comunidade” (Direção-Geral da Saúde, 2017; p. 4)

Durante os vários locais de estágio foi possível verificar (e executar) a preocupação dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, no cumprimento destas precauções básicas de controlo de infeção, fosse em contextos mais ou menos controlados (intra e extra-hospitalar respectivamente) no que ao controlo de infeção e utilização de assépsia diz respeito.

Considera-se que a prevenção e controlo de infeção constitui-se como uma componente essencial da qualidade em saúde no contexto da segurança do doente, fundamental no desenvolvimento de uma política de qualidade nas unidades de saúde. Julga-se, por conseguinte, que esta premissa se torna ainda mais importantes em locais onde existe um número elevado de técnicas invasivas, como é o caso da UADCI, e como tal nenhuma destas medidas de prevenção pode ser descurada.

### **3.3. Competências de Mestre**

Pretendia-se que com o término do curso, os estudantes atingissem um conjunto de objetivos de aprendizagem (conhecimentos, aptidões e competências) através do desenvolvimento de diversas atividades. Importa referir que toda a componente teórica ao longo deste mestrado foi essencial para a prestação de cuidados especializados. Seguindo o processo de enfermagem, este implica a avaliação exaustiva da pessoa em situações complexas, incluindo a família e comunidade, tendo em conta os resultados obtidos nessa avaliação, permite a formulação de diagnósticos e intervenções gerais e especializadas. Esta análise crítica, para além da componente técnica e científica, envolve uma natureza ética e deontológica, do respeito pela autonomia, para uma tomada de decisão segura e adequada.

Assim, de acordo com a A3ES, ficou definido que o Mestre em Enfermagem deve conseguir demonstrar as seguintes competências:

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, e aptidões e competências ao longo da vida;*
5. *Participa de forma ativa em equipas e em projectos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;*
6. *Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares 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.*

## CONCLUSÃO

Todo o processo formativo do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na área da Especializada de Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica culmina na realização do presente trabalho, Relatório de Estágio, no qual se procura apresentar todo o percurso realizado e os resultados da investigação e das práticas desenvolvidas.

Os conteúdos teórico-científicos que constituíram o primeiro ano do Mestrado em muito contribuíram para o processo de aquisição de competências especializadas, comuns e específicas, em vários domínios. Tudo isto, acrescido ao *background* trazido já da prática profissional, no que ao cuidado à pessoa em situação crítica diz respeito, assim como o esforço, dedicação e empenho nesta caminhada, possibilitaram o sucesso de todo o processo de aprendizagem. Realça-se, ainda, a partilha de experiências, através de contextos formais e informais, entre profissionais de diferentes especialidades, facto que permitiu o desenvolvimento profissional e pessoal.

Consideramos que todos os momentos vividos no decorrer do Estágio Final tiveram a mesma importância e todos foram vividos intensamente, de forma a conseguir desfrutar de todos e deles levar a maior bagagem profissional para os novos desafios que se encontram no exercício da enfermagem e que se exigem de um Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica. Conhecer a realidade da Enfermagem em Madrid foi muito importante, na medida em que embora possa estar inserida numa cultura diferente, a essência da Enfermagem e do Cuidar mantém-se e o foco é sempre a pessoa, o ser que é e onde está inserida.

Foram desenvolvidas competências comuns de enfermeiro especialista a nível: da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão de cuidados e do desenvolvimento de aprendizagens profissionais que, baseadas na mais recente evidência científica, consideramos inovadoras e de qualidade. Especificamente na área de especialização da Pessoa em Situação Crítica, desenvolveram-se competências no cuidado à pessoa em situação crítica a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; e na maximização da 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. Tendo em conta o exposto, destacamos o desenvolvimento de competências no cuidado ao doente crítico cardíaco com EAM, nomeadamente, na continuidade dos cuidados, na maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção e a capacidade de reflexão crítica e da tomada de decisão, nos diferentes contextos do extra e intra-hospitalar.

Ao longo do percurso académico, foi possível desenvolver uma nova visão sobre o cuidar em Enfermagem, sustentada pelo aprofundamento de conhecimentos baseados em evidências científicas e pelo desenvolvimento de competências de Mestre alicerçadas por um olhar diferenciado que, por conseguinte, levarão a modificações da prática e para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica.

Com a realização da Estratégia de Intervenção *Major* foi possível avaliar a percepção dos profissionais, envolvidos nesta atividade, relativamente à comunicação entre os profissionais de saúde aquando da transição de cuidados do doente crítico cardíaco proveniente do pré-hospitalar para a unidade de hemodinâmica. Concluiu-se que, todos eles consideravam essencial a existência de uma comunicação eficaz no processo de transição de cuidados de saúde para a segurança do doente crítico. Outra conclusão importante, desta Intervenção, foi perceber que os profissionais de saúde da UADCI e da VMER não consideravam eficaz a comunicação entre eles, aquando da transição de cuidados. Interessante foi, também, verificar que a percepção dos profissionais de saúde receptores de informação não era igual à dos profissionais emissores de informação, sendo que os receptores foram unânimes, considerando ineficaz a comunicação e alguns dos profissionais emissores consideraram-na eficaz.

Estes resultados foram também de encontro às respostas sobre a necessidade de construção de um instrumento de registo estruturado, que orientasse a comunicação na transição de cuidados, neste contexto específico, que justificou a realização desta Intervenção.

Com todas as limitações temporais existentes durante a implementação deste projeto, aqui denominado de Estratégia de Intervenção *Major*, que poderiam levar a uma melhor avaliação do instrumento de registo estruturado, considerado como um meio promotor de mudança num problema real encontrado, pode concluir-se – e tendo também em consideração a utilização da *check list* pelas próprias autoras –, que a transição de

cuidados do doente crítico cardíaco do pré-hospitalar para a UADCI beneficia de um instrumento de registo em forma de papel. A comunicação entre os profissionais de saúde aquando da transição do pré-hospitalar para a unidade de hemodinâmica, com recurso este instrumento de registo, proporciona ao profissional recetor uma informação de qualidade e contribui para assegurar a continuidade da prestação de cuidados que promovam a segurança do próprio doente.

A comunicação fica deste modo otimizada, na medida que a *check-list* comporta informação completa, precisa, oportuna e sem ambiguidades, tal como a norma 001/2017 da DGS propõe para uma comunicação eficaz. A informação, além de ser compreendida pelo recetor, fica num documento oficial que seguirá no processo do doente, ou seja, que o poderá acompanhar em futuras transições de cuidados, conduzindo por conseguinte a uma maior segurança do doente crítico cardíaco.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfaro-LeFevre, R. (2005). *Aplicação do Processo de Enfermagem*. (ARTMED, Ed.) (5ª edição). Porto Alegre, Brasil.
- American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association (6<sup>th</sup> ed)*. Washington, DC: Autor.
- Azevedo, P., & Sousa, P. (2012). Partilha de informação de enfermagem: dimensões do Papel de Prestador de Cuidados. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 7), 113–122. <https://doi.org/10.12707/RIII11140>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem [Edição Comemorativa]*. Coimbra, Portugal: Quarteto Editora.
- Bulechek, G., Butcher, H., & Dochterman, J. (2010). *NIC - Classificação das Intervenções de Enfermagem*. (Elsevier, Ed.) (Tradução d). Rio de Janeiro, Brasil.
- Busanello, J., Lunardi Filho, W. D., & Kerber, N. P. da C. (2013). [Nurses' subjectivity production and the decision-making in the process of care]. *Revista Gaucha de Enfermagem / EENFUFGRS*, 34(2), 140–147.
- Calçada, S. (2013). *Intervenção na Pessoa Idosa: A Dependência nos Autocuidados Deambular/Transferir-se*. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Retrieved from [http://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/4674/1/msc\\_srfrcalçada.pdf](http://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/4674/1/msc_srfrcalçada.pdf)
- Cambiaso-Daniel, J., Suman, O. E., Jaco, M., Benjamin, D. A., & Herndon, D. N. (2018). *Teamwork for Total Burn Care. Total Burn Care (Fifth Edition)*. Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-47661-4.00002-2>
- Correia, J. (2016). *Violência no trabalho dos enfermeiros no serviço de urgência*. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Coutinho, C. (2015). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática (2ª Edição)*. Coimbra, Portugal: Almedina.

- Craig, J., & Smyth, R. (2004). *Prática Baseada na Evidência - Manual Para Enfermeiros*. (Lusociência, Ed.). Loures, Portugal.
- Cruz-Vega, F., Loría-Castellanos, J., Hernández-Olivas, I. P., Franco-Bey, R., Ochoa-Avila, C., & Sánchez-Badillo, V. (2016). Experience in training in emergencies, División de Proyectos Especiales en Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social. *Cirurgía y Cirujanos (English Edition)*, 84(2), 127–134.  
<https://doi.org/10.1016/j.circen.2016.02.003>
- Decreto-Lei n.º 161. (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário Da República - I Série - A, N.º 205 de 4 de Setembro de 1996*. Retrieved from <http://data.dre.pt/eli/dec-lei/161/1996/09/04/p/dre/pt/html>
- Di Delupis, F. D., Mancini, N., di Nota, T., & Pisanelli, P. (2014, October 4). Pre-hospital/emergency department handover in Italy. *Internal and Emergency Medicine*, 10(1), 63–72. <https://doi.org/10.1007/s11739-014-1136-x>
- Direção-Geral da Saúde. (2016). Portugal: Doenças Cérebro-Cardiovasculares em Números - 2015. *Saúde Em Números*, 92. Retrieved from <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-doencas-cerebro-cardiovasculares-em-numeros-201511.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2017a). Norma n.º 001: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, 1–8.
- Direção-Geral da Saúde. (2017b). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos, 8, 24. <https://doi.org/2184-1179>
- Ferreira, C. (2015). *Gestão em enfermagem e a formação em serviço: tecnologias de informação e padrões de qualidade*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Retrieved from [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/.../1/tese\\_finalCarlaRego\\_fev2015.pdf%5Cn](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/.../1/tese_finalCarlaRego_fev2015.pdf%5Cn)
- Ferreira, C. (2015). *Gestão em Enfermagem e a Formação em Serviço: Tecnologias de Informação e Padrões de Qualidade*. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Ferreira, J. (2017). A reperfusão precoce no enfarte agudo do miocárdio implica acesso generalizado à emergência pré-hospitalar. *Revista Portuguesa de Cardiologia*,

36(11), 857–858. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2017.05.004>

Foronda, C., MacWilliams, B., & McArthur, E. (2016). Interprofessional communication in healthcare: An integrative review. *Nurse Education in Practice*, 19, 36–40. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2016.04.005>

Fortin, M. (2009). *Fundamento e Etapas do Processo de Investigação*. (LUSODIDACTA, Ed.). Loures, Portugal.

Franco, E., Mateos, A., Acebal, C., Fernández-Ortiz, A., Sánchez-Brunete, V., García-Rubira, J. C., ... Ibáñez, B. (2014). Prehospital activation of cardiac catheterization teams in ST-segment elevation myocardial infarction. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 33(9), 545–553. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2014.03.007>

Fundação Calouste Gulbenkian. (2014). *Um Futuro Para a Saúde: Todos Temos um Papel a Desempenhar*. Lisboa, Portugal.

Fundação Calouste Gulbenkian. (2015). *Stop Infecção Hospitalar! Um Desafio Gulbenkian*. Lisboa, Portugal.

Gómez-Rojas, J. (2015). [www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx) Las competencias profesionales. *ARTÍCULO DE REVISIÓN Enero-Marzo*, 38(1), 49–55. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/rma>

Homem, F., Patrício, M., Cardoso, R., & Lourenço, A. (2012). Team Building e a enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 7), 169–177. <https://doi.org/10.12707/RIII1180>

Ibanez, B., James, S., Agewall, S., Antunes, M. J., Bucciarelli-Ducci, C., Bueno, H., ... Gale, C. P. (2017). 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *European Heart Journal*, 39(2), 119–177. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx393>

INEM. (2012). *Manual de Abordagem à Vítima*. (Instituto Nacional de Emergência Médica, Ed.).

Kitney, P., Tam, R., Bennett, P., Buttigieg, D., Bramley, D., & Wang, W. (2016). Handover between anaesthetists and post-anaesthetic care unit nursing staff using

- ISBAR principles: A quality improvement study. *ACORN: The Journal of Perioperative Nursing in Australia*, 29(1), 30–35 6p. Retrieved from <http://ahs.idm.oclc.org/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=113560911&site=ehost-live>
- Mendes, A. (2015). *A Informação à Família na Unidade de Cuidados Intensivos*. (Lusodidacta, Ed.). Loures, Portugal.
- Mphuthi, D., & Pretorius, R. (2016). ISBAR-ICU: Development and implementation of a standardised ICU clinical handover tool - nursing perceptions, barriers and challenges, 8(2).
- Oliveira, C. (2014). *Cuidados especializados de enfermagem à pessoa em situação crítica vítima de acidente multi-vítimas e ou catástrofe*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição*. *Ordem Dos Enfermeiros*, 1–4. Retrieved from [http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/tomadaposicao\\_26abr2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/tomadaposicao_26abr2006.pdf)[http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_26](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26)
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Orientações relativas às atribuições do enfermeiro no pré-hospitalar*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Código deontológico. Inserido No Estatuto Da OE Republicado Como Anexo Pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro*, 9–13. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Proposta apresentada pelo Conselho Diretivo)*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (V. 2015)*.
- Ordem dos Médicos, & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de doentes críticos. Recomendações*. Centro Editor Livreiro da Ordem

dos Médico.

- Pacheco, S. (2014). *Cuidar a Pessoa em Fase Terminal. Prespetiva Ética*. (Lusodidata, Ed.) (3<sup>a</sup>). Loures, Portugal.
- Pacheco, S., & Cunha, S. (2006). A Educação para a a Saúde nos Cuidados de Saúde Primarios: o Papel do Enfermeiro. *Nursing*, 19 a 22.
- Pereira, H., Campante Teles, R., Costa, M., Canas da Silva, P., da Gama Ribeiro, V., Brandão, V., ... Almeida, M. (2016). Angioplastia primária em Portugal entre 2002-2013. Atividade segundo o Registo Nacional de Cardiologia de Intervenção. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 35(7–8), 395–404.  
<https://doi.org/10.1016/j.repc.2016.01.005>
- Pereira, T. J., & Puggina, A. C. (2017). Validation of the self-assessment of communication skills and professionalism for nurses. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(3), 588–594. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0133>
- Ponce, P. (2012). *Manual de Urgências e Emergências*. (Lidel, Ed.). Lisboa, Portugal.
- Ponce, P., & Mendes, J. (2015). *Manual de Medicina Intensiva*. (Lidel, Ed.). Lisboa, Portugal.
- Ramrakha, P., & Hill, J. (2012). *Manual Oxford de Cardiologia*. (Euromédice Edições Médicas, Ed.) (2<sup>a</sup>).
- Regulamento n.º 122. (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República - II Série - n.º 385 de 18 de Fevereiro de 2011*, 8648–8653.
- Regulamento n.º 124. (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Em Pessoa em Situação Crítica. *Diário Da República - II Série - n.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011*.
- Rodrigues, V. (2005). Educar para a Saúde: Uma Estratégia de Promoção da Saúde. *Revista Sinais Vitais*, (59), 47 a 51.
- Ruivo, M., Nunes, L., & Ferrito, C. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea

Descritiva de Etapas. *Percursos*, 15, 1–38.

Santos, J. L. G. dos, & Lima, M. A. D. da S. (2011). Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(4), 695–702. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000400009>

Silveira, I., Sousa, M. J., Rodrigues, P., Brochado, B., Santos, R. B., Trêpa, M., ... Albuquerque, A. (2017). *Cardiologia*, 36(11).

Souza, P. R., & Chagas, H. O. (2018). O papel do enfermeiro no atendimento de urgência e emergência : uma revisão de literatura, 11(Id), 99–105. Retrieved from <http://www.seasinop.com.br/revista/index.php?journal=SEA&page=article&op=view&path%5B%5D=520&path%5B%5D=pdf>

Teirney, P., Ahmed, B., & Nichol, A. (2017). Shock: causes, initial assessment and investigations. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*, 18(3), 118–121. <https://doi.org/10.1016/j.mpaic.2016.12.003>

Timóteo, A. T., & Mimoso, J. (2018). Registo Nacional de Síndromes Coronárias Agudas: 15 anos de um registo prospetivo contínuo. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 37(7), 563–573. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2017.07.016>

Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra*. (Lusociência, Ed.) (5ª Edição). Loures, Portugal.

# APÊNDICES

**Apêndice I – Proposta de Relatório de Estágio à Comissão de Ética da  
Universidade de Évora – Modelo T-005 e respetivo Anexo**



Serviços Académicos

Cursos de 3.º Ciclo, 2.º Ciclo e Mestrado Integrado

**PROPOSTA DE PROJETO DE  
TESE / DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO / TRABALHO DE PROJETO**

**MODELO  
T-005**

Ano Letivo:  
2017 / 2018

[IMPRIMIR EM FRENTE E VERSO]

**1. DELIBERAÇÃO DO CONSELHO CIENTÍFICO DA ESCOLA**

Aprovado  Não aprovado

Fundamentação (No caso de "Não aprovado", esta fundamentação será utilizada para notificação ao estudante):

Data: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

**2. PARECER DO DIRETOR DE CURSO (A ser emitido antes da entrega do projeto nos SAC)**

Data: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

**3. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE**

Nome Completo: Helena Isabel Excelente Pinto Número: 36775

Curso: Mestrado em Enfermagem em Associação

Especialidade: Área de Especialização em Enfermagem Médico - Cirúrgica - A Pessoa em Situação Crítica

Ciclo de Estudos:  3.º Ciclo  2.º Ciclo  Mestrado Integrado

**4. CONTACTOS DO ESTUDANTE**

Telef.: 935176894 E-mail: hielpinto@gmail.com

**5. PROPOSTA**

Entrega de 1.º Projeto  Entrega de Projeto Reformulado  Entrega de 2.º Projeto por Reingresso

Proposta de Alteração de Projeto

Neste caso, assinale os quadros deste formulário em que propõe alterações (Só deve preencher os respetivos quadros)

6.  7.  8.  9.  10.  11.  12.  13.

**6. TÍTULO DO TRABALHO**

Título em Português:

A segurança do doente com patologia cardíaca na transição de cuidados de saúde do pré-hospitalar para a Unidade de Hemodinâmica

Título em Inglês:

The safety of critically ill with cardiac pathology in the health care transition from prehospital to Hemodynamics Unit

Formulário T-005/04 UFE/04C

<b>7. TIPO DE TRABALHO</b> <i>(de acordo com o previsto no Plano de Estudos do Curso)</i> <small>APENAS NO CASO DE PROGRAMA DE DOUTORAMENTO:</small> <input type="checkbox"/> Tese <b>Formato da Tese:</b> <input type="checkbox"/> Dissertação sobre o tema de investigação <input type="checkbox"/> Compliação de artigos publicados, obras ou realizações artísticas com exploração escrita <input type="checkbox"/> Outros produtos da investigação realizada com memória justificativa e descritiva <small>PARA MESTRADO OU MESTRADO INTEGRADO:</small> <input type="checkbox"/> Dissertação <input type="checkbox"/> Estágio <input type="checkbox"/> Trabalho de Projeto	<b>8. LÍNGUA DE REDAÇÃO</b> <input checked="" type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Francês <input type="checkbox"/> Outra: _____			
<b>9. ORIENTAÇÃO</b> <i>(Anexar declaração(ões) de aceitação)</i> Nome: _____ Universidade/Instituição: _____ N.º Identificação Civil: _____ Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____ Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____ <hr/> Nome: _____ Universidade/Instituição: _____ N.º Identificação Civil: _____ Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____ Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____ <hr/> Nome: _____ Universidade/Instituição: _____ N.º Identificação Civil: _____ Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____ Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____				
<b>10. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE DO TRABALHO</b> Área Disciplinar (Área FOS) <i>(ver Anexo 1)</i> : Ciências da Saúde Palavras-chave <i>(5 palavras)</i> : Segurança do Doente; Patologia Cardíaca; Transição de Cuidados; Comunicação Eficaz; ISBAR				
<b>11. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA</b> A segurança do doente crítico com patologia cardíaca e a transição de cuidados de saúde do pré-hospitalar para a Unidade de Hemodinâmica				
<b>12. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA</b> <i>Em anexo.</i>				
<b>13. JUSTIFICAÇÃO DA PROPOSTA DE ALTERAÇÃO</b> <i>(A preencher apenas no caso de no quadro 5 ter escolhido esta opção)</i>  				
<b>14. DOCUMENTOS ANEXOS</b> <input checked="" type="checkbox"/> Plano do Trabalho <input checked="" type="checkbox"/> Cronograma <input checked="" type="checkbox"/> Declaração de Orientador(es) <input type="checkbox"/> Declaração da Unidade Orgânica de acolhimento <i>(Deve incluir o(s) Orientador(es), o Projeto ou Equipa de Investigação em que diretamente se enquadra a preparação da Tese) - Apenas para alunos de 3.º Ciclo)</i> <input type="checkbox"/> Outros: _____	<b>15. DECLARAÇÃO E ASSINATURA DO ESTUDANTE</b> Nos termos do Regulamento conducente ao Grau de Doutor ou Grau de Mestre em vigor (de acordo com o meu ciclo de estudos), entrego o projeto de Tese/ Dissertação/Estágio/Trabalho Projeto (conforme indicado no quadro 6 deste impresso) do qual, após aprovado pelo Conselho Científico, será efetuado o respetivo registo nos Serviços Académicos na Universidade de Évora. <b>Declaro que caso efetue alguma alteração a este projeto a ser aprovado</b> (título, orientador, língua, etc.) <b>procederei nos termos do referido regulamento, à entrega do projeto de alteração no prazo máximo de 30 dias antes da entrega da T/D/E/TP.</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;">Data _____</div> <div style="text-align: center;">Assinatura _____</div> </div>			
<b>16. RESERVADO AOS SERVIÇOS</b> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-right: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">           Recepção <i>(Data e Assinatura)</i> </td> <td style="width: 33%; border-right: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">           Registo <i>(Data e Assinatura)</i> </td> <td style="width: 33%; padding: 5px;">           Observações:         </td> </tr> </table>		Recepção <i>(Data e Assinatura)</i>	Registo <i>(Data e Assinatura)</i>	Observações:
Recepção <i>(Data e Assinatura)</i>	Registo <i>(Data e Assinatura)</i>	Observações:		



Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -  
Avaliação de Projectos

**Requerente**

**Nome:** Helena Isabel Excelente Pinto  
**Email:** m36775@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 36775  
**Curso:** Enfermagem (Mestrado)

**Requerimento**

**Título do Projeto:**

A segurança do doente crítico cardíaco: transição de cuidados do pré-hospitalar para a Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção.

**Nome dos investigadores:**

Helena Isabel Excelente Pinto

**Nível da Investigação:**

Projeto e respetivo relatório no âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a Pessoa em Situação Crítica.

**Responsáveis Académicos - Orientador/Investigador principal:**

Professora Doutora Maria do Céu Mendes Pinto Marques

**Responsáveis Académicos - Colaboradores:**

Sílvia Manuela Pação Alminhas

**Resumo / Abstract:**

O Enfarte Agudo do Miocárdio é um acontecimento súbito e emergente, e os doentes que pela sua sintomatologia e ou valores laboratoriais se suspeite que poderão estar a sofrer este síndrome coronário agudo carecem de uma resposta rápida por parte de profissionais de saúde. Normalmente, numa primeira fase, por o doente se encontrar fora da unidade de saúde, o primeiro contacto será com uma equipa do pré-hospitalar, mais ou menos diferenciada, devendo culminar a prestação de cuidados num local que poderá resolver a sua situação: uma unidade de angiografia. E deste modo, espera-se que, num curto espaço de tempo, o doente transite de cuidados de saúde. A transição de cuidados de saúde, como é o caso da transição de cuidados do pré-hospitalar para o intra-hospitalar, é definida como o momento em que existe a transferência de responsabilidade de cuidados de saúde e de informação entre os prestadores de cuidados de forma a garantir a continuidade dos cuidados e a segurança dos mesmos e do doente. A comunicação eficaz por parte dos profissionais emissores de informação deve ser precisa, completa, oportuna, sem ambiguidades, atempada e compreendida pelos receptores, podendo para isso ser utilizada uma ferramenta padronizada de comunicação em saúde, como é a mnemónica ISBAR, com vista a otimizar a comunicação na transição de cuidados de saúde, conducente à segurança do doente.



**Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -  
Avaliação de Projectos**

**Requerente**

**Nome:** Helena Isabel Excelente Pinto  
**Email:** m36775@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 36775  
**Curso:** Enfermagem (Mestrado)

**Requerimento**

**Fundamentação e pertinência do estudo:**

De acordo com o Relatório "Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números 2015" (DGS, 2016), o número de óbitos por Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), em Portugal Continental, em 2014 foi 1.070, num total de 12.960 de utentes.

Neste documento é referido que 33% dos doentes com EAM em Portugal Continental são admitidos nos Laboratórios de Hemodinâmica pela Via Verde Coronária – encaminhamento feito pelo INEM às vítimas de EAM para os hospitais adequados, permitindo um tratamento rápido e eficaz nas salas de hemodinâmica ou Unidades de Cuidados Intensivos Coronários. Em 2016, o INEM encaminhou 657 casos de EAM através da Via Verde Coronária.

A chegada de um doente à Unidade de Hemodinâmica, ou Unidades de Angiografia, proveniente do exterior, trazido por um qualquer meio do INEM pressupõe a transição de cuidados de saúde, na medida em que nestas viaturas os doentes são acompanhados por profissionais de saúde, tais como, Tripulantes de Emergência Pré-Hospitalar, Enfermeiros e/ou Médicos. Num estudo de Depulis, Mancini, Nota e Pisanelli (2015) afirma-se que as falhas de comunicação durante a interação pré-hospitalar/hospitalar foram identificadas como uma grande causa evitável de danos ao doente.

O momento da transição de cuidados de saúde pode ser considerado como uma ocasião de especial vulnerabilidade para a segurança do doente e no qual existe o risco de ocorrência de erros na transferência da informação. Uma transmissão de informação oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade e atempada e que é compreendida pelo recetor, é considerada uma comunicação eficaz que reduzirá o risco de dano desnecessário à pessoa que recebe os cuidados de saúde (DGS, 2017). As falhas na comunicação podem causar eventos adversos na saúde do doente, sendo os erros mais comuns os relacionados com "omissões de informação, erros de informações, falta de precisão e a falta de priorização das atividades" (DGS, 2017, p. 5).

A DGS propõe na sua norma "Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde" que seja utilizada como estratégia de otimização da comunicação entre os profissionais de saúde, a mnemónica ISBAR, por considerar ser uma ferramenta que utiliza uma metodologia padronizada, simples, flexível, concisa e clara para comunicar informações de cuidados de saúde. Assim, no ponto 1, da norma n.º 001/2017 é definido que "a transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR".

ISBAR é, portanto, uma abordagem estruturada para a comunicação entre prestadores de cuidados de saúde (Kitney, et al, 2016), e contempla as seguintes informações: identificação (do doente e da equipa de saúde), situação atual/causa, antecedentes/anamnese, avaliação/acções e recomendações (DGS, 2017).

Deste modo, os profissionais de saúde, emissores e receptores de informação têm um guia orientador da sua transmissão de informação em prol da segurança dos cuidados e do doente.



Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -  
Avaliação de Projectos

**Requerente**

**Nome:** Helena Isabel Excelente Pinto  
**Email:** m36775@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 36775  
**Curso:** Enfermagem (Mestrado)

**Requerimento**

**Objetivos:**

Otimizar a comunicação na transição de cuidados do doente crítico com EAM do pré-hospitalar para a Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção, conducente à segurança do doente.

**Seleção da amostra:**

Aplicação e análise de um questionário de avaliação e diagnóstico das necessidades formativas acerca da Norma de 001/2017 da DGS – Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde e da necessidade da implementação de uma check-list facilitadora da transição de cuidados, aplicado a enfermeiros e médicos em funções de prestação direta de cuidados na Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção (UADCI) do Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE), EPE, e equipa multidisciplinar da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) de Évora (população-alvo), onde a amostra será de pelo menos 40% dos profissionais de saúde mostrem necessidades formativa na área supracitada e interesse na implementação da check-list.

**Procedimentos metodológicos:**

- Aplicação e análise de questionários de avaliação e diagnóstico das necessidades formativas na Norma n.º 001/2017 da DGS – Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde e da necessidade da implementação de uma check-list facilitadora da transição de cuidados.
- Realização de formação em serviço sobre a Norma n.º 001/2017 da DGS – Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde aos enfermeiros e médicos em funções de prestação direta de cuidados na UADCI do HESE, EPE (enquanto equipa de saúde receptora da informação), e equipa multidisciplinar da VMER de Évora (enquanto equipa de saúde emissora da informação) e equipa de enfermagem do serviço de Cardiologia.
- Realização da check-list e apresentação da mesma a enfermeiros e médicos em funções de prestação direta de cuidados na UADCI do HESE, EPE, e equipa multidisciplinar da VMER de Évora.
- Implementação da check-list.

**Instrumentos de avaliação:**



Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -  
Avaliação de Projectos

**Requerente**

**Nome:** Helena Isabel Excelente Pinto  
**Email:** m36775@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 36775  
**Curso:** Enfermagem (Mestrado)

**Requerimento**

- Questionário de avaliação e diagnóstico das necessidades formativas sobre a Norma n.º 001/2017 da DGS - Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.
- Questionário de avaliação das sessões formativas.
- Questionário de avaliação da implementação da check-list.

**Como serão recolhidos os dados:**

Através do preenchimento dos questionários respondidos pela população-alvo.

**Como será mantida a confidencialidade nos registos:**

Não será necessária qualquer identificação objetiva do profissional de saúde, para que o mesmo possa proceder ao preenchimento do questionário de avaliação e diagnóstico das necessidades formativas na Norma n.º 001/2017 da DGS, ou sobre a necessidade de implementação da check-list

**Estudos prévios em que se baseia esta investigação:**

Cornell, P.; Gervis, M.; Yates, L.; Vardaman, J. (2014). Impact of SBAR on Nurse Shift Reports and Staff Rounding. MedSurg Nursing. Jannetti Publications, Inc. Consultado em 2017, Outubro 24. Disponível em <https://www.highbeam.com/doc/1G1-389798015.html>

Depulis, F.; Mancini, N.; Nota, T.; Pisanelli, P. (2015). Pre-hospitalar/emergency department handover in Italy. Intern Emerg Med 10:63-72. DOI: 10.1007/s11739-014-1136-x.

Direção Geral da Saúde (2017). Noma n.º 001/2017 – Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.

Direção Geral da Saúde (2016). Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares números 2015. Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. Consultado 2017, Outubro 30. Disponível em <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-doencas-cerebro-cardiovasculares-em-numeros-201511.aspx>

Kitney, P.; Tam, R.; Bennett, P.; Buttigieg, D.; Bramley, D.; Wang, W. (2016). Handover between anaesthetists and post-anaesthetic care unit nursing staff using ISBAR principles: A quality improvement study. Journal of perioperative Nursing in Australia. Volume 29. NUmbr 1. Consultado em 2017, Outubro 24. Disponível em [https://www.researchgate.net/publication/285939948\\_Handover\\_between\\_anaesthetists\\_and\\_post\\_anaesthetic\\_care\\_unit\\_nursing\\_staff\\_using\\_ISBAR\\_principles](https://www.researchgate.net/publication/285939948_Handover_between_anaesthetists_and_post_anaesthetic_care_unit_nursing_staff_using_ISBAR_principles)



Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -  
Avaliação de Projectos

**Requerente**

**Nome:** Helena Isabel Excelente Pinto  
**Email:** m36775@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 36775  
**Curso:** Enfermagem (Mestrado)

**Requerimento**

**Declaração de consentimento informado utilizada no estudo:**

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequência. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e eventual publicação científica, nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/s investigador/es.

**Apêndice II – Pedido de Autorização ao Conselho de Administração do Hospital  
do Espírito Santo de Évora, EPE**

Helena Isabel Excelente Pinto  
Rua São Pedro n.º 24 A,  
7490-208 Mora

Exma. Senhora Presidente do Conselho de  
Administração do Hospital do Espírito Santo,  
E.P.E.  
Dr.ª Maria Filomena Mendes  
Largo Senhor da Pobreza, s/n  
7000-811 Évora

*Em mão própria*

Évora, 14 de novembro de 2017

Assunto: Pedido de Autorização para execução de Projeto de Intervenção

Helena Isabel Excelente Pinto, enfermeira, aluna do Mestrado de Enfermagem, a realizar estágio na Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção, vem, pela presente, expor e requerer que lhe seja concedida autorização para realizar Projeto de Intervenção, integrado no estágio do curso de Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Pessoa em Situação Crítica.

Pede e espera deferimento,

A Requerente

*Helena Isabel Excelente Pinto*

(Helena Isabel Excelente Pinto)

**CÓPIA**  
*Handwritten signature*

RESE-EPE	
RECEBIDO	{ Em <i>14/11/17</i> N.º <i>206</i>
RESPONDIDO	{ Em _____ N.º _____

**PEDIDO DE PARECER À COMISSÃO DE ÉTICA DO HOSPITAL DO ESPÍRITO  
SANTO DE ÉVORA EPE**

Nome: \_\_\_ Helena Isabel Excelente Pinto \_\_\_\_\_  
na qualidade de \_\_\_ Enfermeira \_\_\_\_\_ (utente, familiar, profissional de saúde...),  
com o contacto telefónico \_\_\_ 935176894 \_\_\_\_\_, o email [hiepinto@gmail.com](mailto:hiepinto@gmail.com) \_\_\_\_\_  
e a morada \_\_\_ Rua de São Pedro, n.º 24 A, 7490-208 Mora \_\_\_\_\_  
solicita que a Comissão de Ética emita parecer sobre o seguinte assunto:

**RESUMO:**

No âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a Pessoa em Situação Crítica, criado pelo aviso n.º 5622/2016, publicado em Diário da República, 2.ª série – n.º 84 de 2 de maio de 2016 e a decorrer na Universidade de Évora, encontro-me a realizar um estágio na Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção, que teve início a 20 de Setembro de 2017 e que terminará a 22 de dezembro de 2017. Este estágio prevê a realização de um projecto de intervenção, cujo objetivo é otimizar a comunicação na transição de cuidados do doente crítico com patologia cardíaca do pré-hospitalar para a Unidade de Hemodinâmica, conducente à segurança do doente.

Sendo um Projeto de Intervenção em serviço torna-se indispensável validar esta necessidade bem como envolver a equipa neste projeto. Através da concepção e implementação deste projecto, pretende-se ainda que, sejam desenvolvidas e atingidas as competências de mestre em enfermagem e que a evidência que deste projecto possa resultar, possa ser uma mais-valia para a comunidade científica.

No decorrer do projeto supracitado estão previstas as seguintes actividades:

- Aplicação e análise de questionários (on-line) de avaliação e diagnóstico das necessidades formativas na Norma n.º 001/2017 da DGS – Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde e na necessidade da implementação de uma *check-list* facilitadora da transição de cuidados
- Realização de formação em serviço sobre a Norma n.º 001/2017 da DGS – Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde aos enfermeiros e médicos em funções de prestação direta de cuidados na Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção do HESE, EPE (enquanto equipa de saúde receptora da informação), e equipa multidisciplinar da VMER de Évora (enquanto equipa de saúde emissora da informação).
- Realização da *check-list*.
- Apresentação da *check-list* aos enfermeiros e médicos em funções de prestação direta de cuidados na Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção do HESE, EPE, e equipa multidisciplinar da VMER de Évora
- Implementação da *check-list*.



Problemas que se colocam:

Comprometo-me em garantir o anonimato e a confidencialidade dos dados colhidos e em informar os enfermeiros envolvidos desta condição, bem como do âmbito e objectivo do projeto, sendo o envolvimento dos mesmos facultativo.  
Em anexo, segue questionário a aplicar à população-alvo acima descrita.

Consulta que deseja fazer à Comissão de Ética:

Expor e requerer que lhe seja me concedida autorização para realizar Projeto de Intervenção, integrado no estágio do curso de Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Pessoa em Situação Crítica.

O requerente

13/11/2017

Helena Isabel Excolante Pinho



### **Apêndice III – Questionário de Diagnóstico de Situação**

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Mestrado em Enfermagem em Associação

Especialidade Enfermagem Médico-cirúrgica: A Pessoa em situação crítica

### Questionário

Eu, Helena Isabel Excelente Pinto, Enfermeira, mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a Pessoa em Situação Crítica, estando a realizar estágio na Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção (UADCI) do Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE, pretendo realizar um Projeto de Intervenção neste serviço, que tem como objectivo a optimização da comunicação na transição de cuidados do doente crítico com Enfarte Agudo do Miocárdio do pré-hospitalar para a UADCI, conducente à segurança do doente.

#### Parte I: Identificação dos profissionais

A parte I do questionário pretende identificar o grupo profissional e serviço de cada profissional de saúde. Assim, assinale a resposta que se adequa a si.

#### **Grupo Profissional**

Enfermeiro

Médico

#### **Serviço**

UADCI

VMER Évora

Parte II: Identificação das necessidades

A parte II do questionário pretende aferir se os profissionais de saúde consideram importante o tema da “comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”, se sentem necessidade formativas acerca da Norma 001/2017 da Direção Geral da Saúde e se consideram pertinente a realização de uma check-list facilitadora da transição de cuidados de saúde do pré-hospitalar para a UADCI. Para tal, esta parte do questionário é composto por questões dicotómicas, em que poderá assinalar a resposta que mais se adequa.

O momento da transição de cuidados de saúde pode ser considerado como uma ocasião de especial vulnerabilidade para a segurança do doente e no qual existe o risco de ocorrência de erros na transferência da informação. Uma transmissão de informação oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade e atempada e que é compreendida pelo recetor, é considerada uma comunicação eficaz que reduzirá o risco de dano desnecessário à pessoa que recebe os cuidados de saúde (DGS, 2017).		
1. Considera a comunicação eficaz entre profissionais de saúde, um elemento essencial para a segurança do doente?	SIM	NÃO
2. Considera a comunicação eficaz entre profissionais de saúde fundamental para uma transição de cuidados de saúde de qualidade?	SIM	NÃO
3. Considera importante a existência de uma norma que facilite e optimize a comunicação entre profissionais de saúde aquando da transição de cuidados do doente?	SIM	NÃO
4. Considera que a comunicação entre profissionais de saúde na transição de cuidados de saúde dos doentes provenientes do pré-hospitalar para a UADCI é sempre feita de forma eficaz?	SIM	NÃO
5. Considera importante a existência de uma check-list com informação clínica e de procedimentos efectuados no doente que transita dos cuidados do pré-hospitalar para a UADCI?	SIM	NÃO
6. Tem conhecimento da Norma 001/2017 da Direção Geral da Saúde: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde?	SIM	NÃO
7. Conhece a mnemónica ISBAR, utilizada enquanto ferramenta facilitadora de uma comunicação eficaz entre profissionais de saúde?	SIM	NÃO
8. Considera pertinente a realização de uma formação em serviço sobre os dois pontos anteriores?	SIM	NÃO

Muito obrigada pela sua colaboração.

**Apêndice IV – Apresentação *Power-Point* Formação em Serviço**



## NORMA

Francisco  
Henrique  
Moura George

Digitally signed by Francisco  
Henrique Moura George  
DN: c=PT, o=Direção-Geral da  
Saúde, ou=Francisco Henrique  
Moura George  
Date: 2017.02.08 11:05:57 Z

NÚMERO: 001/2017

DATA: 08/02/2017

ASSUNTO: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do doente; Transição de cuidados; Comunicação eficaz, ISBAR

PARA: Profissionais de Saúde do Sistema de Saúde

CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde ([dqs@dgs.min-saude.pt](mailto:dqs@dgs.min-saude.pt))

### Conceitos, definições e orientações

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

F. **Mnemónica ISBAR:** auxiliar de memória que permite através de formas simples, memorizar construções complexas, para serem utilizadas na transmissão verbal, em que I: corresponde à Identificação, S: à Situação atual, B: aos Antecedentes, A: à Avaliação, R: às Recomendações.

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

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

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

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

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

G. **Profissionais responsáveis pelo processo de transferência de informação:** o médico e/ou o enfermeiro da equipa que acompanha o doente na instituição de origem e de receção, bem como o Técnico de Emergência Pré-Hospitalar, aquando da admissão nos serviços de urgência.

H. É utilizado o termo **doente**, sendo o racional da sua escolha o “Plano Nacional Para a Segurança dos Doentes 2015-2020”, que, tendo em mente a transversalidade do Serviço Nacional de Saúde, engloba a pessoa que não está doente, como o adulto submetido a imunização, a grávida, a puérpera, o recém-nascido e a criança/adolescente.

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

Simbolo Hospital???		Check-list		Vinheta de identificação									
Identificação	Meio: SIV <input type="checkbox"/> VMEV <input type="checkbox"/>												
	Transporte: Primário <input type="checkbox"/> Secundário <input type="checkbox"/>												
Doente	Profissional de Saúde Equipe do Pré-hospitalar		Nome:		Função:								
	Profissional de Saúde Equipe da UADCI		Nome:		Função:								
Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>		Idade:		Peso: Kg									
Pessoa Significativa		Nome:		Parentesco:									
Hora de chegada da equipa:													
Situação Atual / Causa <small>Atual + Sinais</small>	Dor		Hora de início:		Outras:								
	Tipo: Aperto <input type="checkbox"/> Irradiação: Pescoço/mandíbula <input type="checkbox"/>												
	Moinha <input type="checkbox"/> Braço: esquerdo <input type="checkbox"/>												
	Picada <input type="checkbox"/> Braço: direito <input type="checkbox"/>												
Peso <input type="checkbox"/> Costas <input type="checkbox"/>													
ECG 12 Derivações		EAMCSST <input type="checkbox"/>		Obs:									
Hora:		EAMSSST <input type="checkbox"/>		Obs:									
Análises Clínicas		Ureia		// /									
Troponinas		Hora:		Creatinina		// /							
		Potássio		// /									
EAM <input type="checkbox"/> Obs:		HTA <input type="checkbox"/>		Dislipidemia <input type="checkbox"/>		Tabagismo <input type="checkbox"/>							
AVC: Isquémico <input type="checkbox"/> Hemorrágico <input type="checkbox"/>		Diabetes Mellitus		Tipo I <input type="checkbox"/>		Tipo II <input type="checkbox"/>							
Avaliação <small>SAV</small>	Hor: : FC: SpO2: % Dor: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 : :												
	TA: / Glicémia: mg/dl 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 : :												
	PCR Hora: : Via aérea		Obs:										
	Nº de choques administrados: RCE Hora: :												
Cuidados Pós-PCR <input type="checkbox"/> Obs:													
Oxigénio		Hora: :		Terapêutica SAV									
AAS		Hora: :		Adrenalina									
Clopidogrel		Hora: :		Amiodarona									
Ticagrelor		Hora: :		Atropina									
Heparinas		Hora: :		Adenosina									
Fibrinolítico		Hora: :		Outro									
Analgésico		Hora: :		Outro		Hora: :							
Analgésico		Hora: :		Outro		Hora: :							
A preencher pela equipe enfermagem da UADCI													
Recomendações	Acesso arterial: Radiat Dto <input type="checkbox"/> Femoral: Dto <input type="checkbox"/> Pensos:		Mantém introdutor <input type="checkbox"/>										
	Esq <input type="checkbox"/> Esq <input type="checkbox"/> Pensos compressivo <input type="checkbox"/>												
Tr Band		cc de arás											
Envolvimento da família/pessoa significativa													
Informação sobre o procedimento efetuado													
Informação sobre serviço de destino													

**Apêndice V – *Check-list* Final**

Check list		Síndrome Coronário Agudo		Vinheta de identificação		
Identificação	<b>Equipa</b>	Meio: SIV <input type="checkbox"/> VMER <input type="checkbox"/>	Transporte: Primário <input type="checkbox"/> Secundário <input type="checkbox"/>			
	<b>Doente</b>	Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	Idade: _____	Peso: _____ Kg	Nome: _____ Função: _____	
Situação Atual / Causa	Sinais e Sintomas	Hora de chegada da equipa: _____ : _____		Outras: _____		
		<b>Dor</b>	Hora de início: _____ : _____	Irradiação: Pescoço/mandíbula <input type="checkbox"/>		
		Tipo: Aperto <input type="checkbox"/>	Braço: esquerdo <input type="checkbox"/>	direito <input type="checkbox"/>		
		Moinha <input type="checkbox"/>	Costas <input type="checkbox"/>	Peso <input type="checkbox"/>		
Mens. comp. Diagnóstico	<b>ECG 12 Derivações</b>		EAM CSST <input type="checkbox"/>	Obs: _____		
	Hora: _____ : _____	Angor <input type="checkbox"/>	Obs: _____			
Análises	<b>Análises Clínicas</b>		Ureia _____	/ /		
	Troponinas _____	Hora: _____ : _____	Creatinina _____	/ /		
Análises	EAM <input type="checkbox"/> Obs: _____		HTA <input type="checkbox"/>	Dislipidemia <input type="checkbox"/>	Tabagismo <input type="checkbox"/>	
	AVC: Isquémico <input type="checkbox"/> Hemorrágico <input type="checkbox"/>		Diabetes Mellitus: Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II <input type="checkbox"/>			
Avaliação	Sinais Vitais	Hora: _____ : _____	FC: _____	SpO2: _____ %	PCR Hora: _____ : _____	
		TA: _____ / _____ mmHg	Glicemia: _____ mg/dl	Nº de ciclos: _____	Nº de choques: _____	
	Terapêutica	TA: _____ / _____ mmHg	FC: _____	Ventilação: Espontânea <input type="checkbox"/>		
		<b>Dor:</b>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 : _____	VNI: _____	VMI: _____	
Terapêutica	Oxigênio _____ L/min	Hora: _____ : _____	<b>Terapêutica SAV Dose</b>			
	AAS _____ mg	Hora: _____ : _____	Adrenalina <input type="checkbox"/>	mg		
Recomendações	Doente	Clopidogrel _____ mg	Hora: _____ : _____	Amiodarona <input type="checkbox"/>	mg	
		Ticagrelor _____ mg	Hora: _____ : _____	Atropina <input type="checkbox"/>	mg	
	Heparinas _____ mg	Hora: _____ : _____	Adenosina <input type="checkbox"/>	mg		
	Fibrinolítico _____ UI/mg	Hora: _____ : _____	Sulf. Magnésio <input type="checkbox"/>	mg		
	NTG _____ mg	Hora: _____ : _____	DNI _____	Hora: _____	:	
	Analgésico _____ mg	Hora: _____ : _____	Outro _____	Hora: _____	:	
	Analgésico _____ mg	Hora: _____ : _____	Outro _____	Hora: _____	:	
	A preencher pela equipa de enfermagem da UADCI					
Família	Doente	Acesso arterial: Radial: Dto <input type="checkbox"/> Femoral: Dto <input type="checkbox"/>	Pensos: Mantém introdutor <input type="checkbox"/>			
		Esq <input type="checkbox"/> Esq <input type="checkbox"/>	Penso compressivo <input type="checkbox"/>			
Família	Dispositivo Compressão Radial _____ cc de ar às _____ :		Antiagregação: _____			
	Doença Coronária: _____ Coronariografia <input type="checkbox"/>		Angioplastia <input type="checkbox"/>	Obs: _____		
Família		Envolvimento da família/pessoa significativa				
Família		Informação sobre o procedimento efetuado				
Família		Informação sobre serviço de destino				

**Apêndice VI – Questionário Avaliação da Implementação da *Check-list***

**MESTRADO EM ENFERMAGEM  
EM ASSOCIAÇÃO**



Mestrado em Enfermagem em Associação

Especialidade Enfermagem Médico-cirúrgica: A Pessoa em situação crítica

## Questionário

Eu, Helena Isabel Excelente Pinto, Enfermeira, mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a Pessoa em Situação Crítica, estando a realizar estágio na Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção (UADCI) do Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE, estou a realizar um Projeto de Intervenção neste serviço, que tem como objetivo a otimização da comunicação, entre profissionais de saúde, na transição de cuidados do doente crítico com Enfarte Agudo do Miocárdio do pré-hospitalar para a UADCI, conducente à segurança do doente.

Motivo pelo qual solicito a sua colaboração no preenchimento deste questionário, que pretende aferir a avaliação que os profissionais de saúde fazem deste projeto e especificamente da Check-list "Síndrome Coronário Agudo" atualmente em implementação.

### Parte I: Identificação dos profissionais

A parte I do questionário pretende identificar o grupo profissional e serviço de cada profissional de saúde. Assim, assinale a resposta que se adequa a si.

#### Grupo Profissional

Enfermeiro

Médico

#### Serviço

UADCI

VMER Évora

Mestrado em Enfermagem  
em Associação



Mestrado em Enfermagem em Associação  
Especialidade Enfermagem Médico-cirúrgica: A Pessoa em situação crítica

Parte II: Identificação das necessidades

A parte II do questionário pretende avaliar a apreciação individual de cada profissional de saúde relativamente à implementação da *check-list* "Síndrome Coronário Agudo". Esta parte do questionário é composta questões dicotómicas, em que poderá assinalar a resposta que mais se adequa.

1. Durante o período de implementação da <i>check-list</i> "Síndrome Coronário Agudo" teve acesso à mesma?	SIM	NÃO
Se respondeu Sim, prossiga para a questão 1.1. Se respondeu Não, o seu questionário acaba aqui.		
1.1. Considera que a <i>check-list</i> comporta os itens necessários e essenciais à transmissão de informação durante a transição de cuidados do doente com Síndrome Coronário Agudo do pré-hospitalar para a UADCI?	SIM	NÃO
2. Teve oportunidade de utilizar a <i>check-list</i> ?	SIM	NÃO
Se respondeu Sim, prossiga para a questão 2.1. Se respondeu Não, prossiga para a questão 4.		
2.1. Considera a <i>check-list</i> uma ferramenta facilitadora da comunicação entre os profissionais de saúde durante a transição de cuidados de saúde do doente com síndrome coronário agudo?	SIM	NÃO
2.2. Considera que a utilização da <i>check-list</i> proporciona uma transmissão de informação com maior segurança, pela existência de um registo em papel e não somente transmissão oral?	SIM	NÃO
3. Considera que a comunicação entre os profissionais de saúde na transição de cuidados de saúde do doente do pré-hospitalar para a UADCI se tomou mais eficaz e a transmissão de informação mais segura?	SIM	NÃO
4. Considera importante a continuação da utilização da <i>check-list</i> ?	SIM	NÃO
Responda somente se for Enfermeiro a exercer funções na UADCI		
5. Considera a <i>check-list</i> uma ferramenta de registo e comunicação eficaz para a continuidade dos cuidados ao doente dentro da UADCI e posterior encaminhamento para o serviço de internamento?	SIM	NÃO

Muito obrigada pela sua colaboração.

**Apêndice VII – Documento de Trabalho da Unidade de Cuidados Intensivos  
Coronários**

## **Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde**

Serviço de Cardiologia do Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE

No âmbito da unidade curricular Estágio Final do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, foi-me dada a possibilidade de realizar um estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos (UCIC) do Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE.

Este estágio que surgiu como mais um momento de aquisição de competências com vista à aquisição do título de Enfermeiro Especialista, tinha também como objetivo a realização de um diagnóstico de situação das notas de enfermagem e “passagens de turno”, tanto da UCIC como da enfermaria do serviço de Cardiologia. Este diagnóstico prendia-se com a observação das notas de enfermagem elaboradas pelos enfermeiros que serviam de apoio às passagens de turno. Pretendia verificar-se se as notas escritas, bem como a transmissão oral da informação, iam de encontro à norma 001/2017 de 8 de Fevereiro da Direção Geral da Saúde: comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. De acordo com esta norma, a transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR.

Esta norma surge no âmbito do Plano Nacional para a Segurança do Doente 2015-2020 e tem como objetivo “melhorar a prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis de cuidados” no Serviço Nacional de Saúde, recorrendo a objetivos estratégicos, como por exemplo, o aumento da segurança da comunicação. Melhorando a qualidade da comunicação durante a transição de cuidados aumenta-se a segurança do doente, na medida em que a mesma está associada ao aumento da qualidade da prestação de cuidados, à diminuição de eventos adversos e por conseguinte à diminuição da mortalidade.

As transições de cuidados seguros são baseadas na implementação de uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde, considerando-se uma comunicação eficaz aquela

que se caracteriza por ser “oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor”.

Na norma acima descrita está contido um anexo (Anexo I) que mais não é que a explanação da mnemónica ISBAR, sigla que corresponde a: *Identify* (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações).

### **Identificação**

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

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

### **Situação Atual**

*Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde.*

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

### **Antecedentes**

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

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

### **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.*

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

## **Recomendações**

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

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

Relativamente à apreciação do que são as notas de enfermagem dos dois serviços, UCIC e enfermaria, ambas são semelhantes, facto que se deve à rotatividade dos enfermeiros pelos dois serviços.

Ainda que os enfermeiros não conhecessem a norma da DGS, assim como desconheciam a técnica ISBAR, as suas notas, bem como a forma como fazem a transmissão de informação do doente a cada turno, vai de encontro a esta ferramenta facilitadora da comunicação na transição de cuidados.

Tanto as notas, como a transmissão oral da informação do doente, iniciam-se com a apresentação do doente: nome e idade, cumprindo-se assim o item, Identificação. Segue-se a descrição da Situação Atual de doença: dia em que foi admitido no serviço e proveniência; motivo de internamento e procedimento realizado, se se adequar. Ainda na apresentação do doente, é feita a enumeração dos antecedentes clínicos, indo de encontro ao terceiro item da técnica.

Embora estes itens sejam escritos apenas, e sempre, na nota de admissão do doente, toda esta informação é passada verbalmente aos colegas durante a “passagem de turno” aquando do primeiro contacto com o doente, independentemente do tempo de internamento do doente no serviço.

O ponto seguinte da mnemónica ISBAR é a Avaliação e é sobretudo neste item que se centram as notas de enfermagem, que tem a ver com tudo o que se passou com o doente durante cada turno. Inicia-se a nota com o estado geral do doente, terapêuticas medicamentosas e não medicamentosas (cuidados de enfermagem) instituídas,

alterações do estado de saúde do doente, estratégias de tratamento implementadas e avaliação das mesmas.

Por último, tanto as notas como a transmissão oral terminam com as Recomendações, nomeadamente datas e horários de procedimentos (tratamentos como pensos, algiações; exames complementares de diagnóstico) agendados para o doente, de forma a poder dar-se continuidade aos cuidados, assim como é passada a informação dos ensinamentos realizados e a necessidade ou não da sua continuação.

Deste modo, considero que as notas de enfermagem bem como a transmissão oral da informação respeitam os pressupostos da técnica ISBAR como ferramenta facilitadora da comunicação eficaz entre profissionais de saúde, com vista à segurança do doente.

A alínea b) do nº 5 da norma 001/2017, aqui já explorada, e nos termos do Despacho n.º 2784/2013 de 11 de fevereiro declara que “no caso particular das mudanças de turno ou de outra transição de cuidados de saúde, em que a transmissão de informação assume a forma oral, esta deve ser realizada sem interrupções, utilizando o modelo contido no anexo I”.

Assim, a única recomendação que faço de forma a otimizar a comunicação na transição de cuidados, é a diminuição das interrupções que os profissionais fazem durante as passagens de turno e transmissão de informação, que pode afetar o raciocínio do emissor da informação, bem como aumentar o tempo de “passagem de turno” que impossibilita que o profissional esteja junto do doente.

Foi com muita satisfação que constatei que, apesar do desconhecimento da norma, os enfermeiros deste serviço realizam notas de enfermagem de forma sistematizada, padronizada simples e concisa, tornando uniforme a comunicação entre eles.

Helena Pinto

Aluna nº 36775

**Apêndice VIII – Resumo Comunicação Livre**

## FICHA DE RESUMO TRABALHOS LIVRES

Tipo: **Comunicação Livre**  **Póster**

Autor(es)/ Membro(s) n.º/ E-mail de contacto:	Nome:	Nº Caduta Profissional:	Contacto telefónico:	E-mail:
	1. <u>Maria do Céu Mendes Pinto Marques</u>	<b>11947</b>	<b>965656710</b>	<b>mcmarques@uevora.pt</b>
	2. <u>Silvia Manuela Pação Alminhas</u>	<b>28408</b>	<b>966485276</b>	<b>silvialminhas@gmail.com</b>
	3. <u>Helena Isabel Excelente Pinto</u>	<b>65526</b>	<b>935176894</b>	<b>hiepinto@gmail.com</b>
	4. [REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
	5. [REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

Número de entrada para a Comissão Científica\*: \_\_\_\_\_

\*A preencher pelos Serviços.

<b>Título:</b>	<u>A segurança do doente crítico cardíaco na transição de cuidados do pré-hospitalar para o laboratório de hemodinâmica.</u>
<b>Resumo:</b> 400 palavras – máximo incluir: Introdução/problematiza, Objectivos, Metodologia, Resultados, Conclusões/ Recomendações	<p><b>Introdução:</b> A transição de cuidados é parte integrante de uma organização de saúde, considerada um elemento fundamental na segurança do doente crítico e exige aos profissionais de saúde uma comunicação eficaz. A transição de cuidados de saúde, como no caso do pré-hospitalar para o intra-hospitalar, é definida como o momento em que existe a transferência de responsabilidade de cuidados de saúde e de informação entre os prestadores de cuidados de forma a garantir a continuidade dos cuidados e a segurança dos mesmos e consequentemente do doente. A comunicação eficaz por parte dos profissionais emissores de informação deve ser precisa, completa, oportuna, sem ambiguidades, atempada e compreendida pelos receptores, podendo para isso ser utilizada uma ferramenta padronizada de comunicação em saúde, como é a mnemónica ISBAR. Em Portugal Continental, cerca de 33% dos doentes com Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) são admitidos nas Unidades de Hemodinâmica pela Via Verde Coronária. O atendimento primário e encaminhamento destes doentes até aos hospitais de referência, permitindo um tratamento rápido e eficaz nas salas de hemodinâmica ou Unidades de Cuidados Intensivos Coronários, é primordial. Neste contexto, em 2016, foram encaminhados 657 casos de EAM através da Via Verde Coronária. A chegada de um doente ao laboratório de hemodinâmica por qualquer meio do pré-hospitalar presuppõe a transmissão de informação, sendo que esta comunicação é um momento singular com implicações na qualidade e segurança dos cuidados ao doente.</p> <p><b>Objetivo:</b> otimizar a comunicação na transição de cuidados de saúde do pré-hospitalar para o Laboratório de Hemodinâmica, recorrendo à técnica ISBAR, conducente à segurança do doente crítico cardíaco.</p> <p><b>Metodologia:</b> Realização de diagnóstico de situação para avaliação da comunicação entre os profissionais de saúde durante a transição de cuidados do pré-hospitalar para o laboratório de hemodinâmica e avaliação da necessidade de implementação de uma check list devidamente estruturada, sob a técnica ISBAR, como instrumento facilitador da comunicação da informação do doente.</p> <p><b>Resultados:</b> No diagnóstico de situação verificou-se que os profissionais não consideravam existir uma comunicação eficaz na transição de cuidados, pelo que se construiu um documento, check list,</p>

	<p>em formato papel, sob os pressupostos da mnemónica ISBAR, que foi sofrendo alterações durante o período de implementação, com os contributos dos profissionais utilizadores da mesma.</p> <p>Conclusões/Recomendações: Esta Check list torna-se uma ferramenta facilitadora da comunicação entre os profissionais, já que formaliza toda a informação que anteriormente era transmitida verbalmente, proporcionando aos profissionais a prestação de cuidados mais seguros para o doente.</p>
<p><b>Fontes:</b> Referências Bibliográficas</p>	<p>Depulis, F.; Mancini, N.; Nota, T.; Pisanelli, P. (2015). Pre-hospitalar/emergency department handover in Italy. <i>Intern Emerg Med</i> 10:63-72. DOI: 10.1007/s11739-014-1136-x.</p> <p>Direção Geral da Saúde (2017). Noma n.º 001/2017 – Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.</p> <p>Direção Geral da Saúde (2016). Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares números 2015. Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. Consultado 2017, Outubro 30. Disponível em <a href="https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-doencas-cerebro-cardiovasculares-em-numeros-201511.aspx">https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-doencas-cerebro-cardiovasculares-em-numeros-201511.aspx</a></p> <p>ESC Scientific Document Group (2017). ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC), <i>European Heart Journal</i>, ehx393, <a href="https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx393">https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx393</a>.</p>

Autorização de publicação em livro de resumos: Sim  Não

Processo de Selecção \*: Seleccionado  Não Seleccionado

\*A Preencher pelos Serviços.

Nota: Após preenchimento guarde o documento no seu computador e submeta através do seguinte e-mail: [Evoraos\\_MICEMIC@ordenamentoenfermeiros.pt](mailto:Evoraos_MICEMIC@ordenamentoenfermeiros.pt)

## **Apêndice IX – Apresentação Comunicação Livre**

# V ENCONTRO DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

A Partilha da Excelência da Prática Clínica Especializada

**19 e 20 Janeiro 2018**

Auditório do Colégio do Espírito Santo  
da Universidade de Évora



[www.ordemenfermeiros.pt](http://www.ordemenfermeiros.pt)



## A segurança do doente crítico cardíaco na transição de cuidados do pré-hospitalar para o laboratório de hemodinâmica.

**Autoras:**

Professora Doutora Maria do Céu Marques

[mymarques@uevora.pt](mailto:mymarques@uevora.pt)

Enfermeira Especialista Sílvia Alminhas

[silvialminhas@gmail.com](mailto:silvialminhas@gmail.com)

Enfermeira Helena Pinto

[hiepinto@gmail.com](mailto:hiepinto@gmail.com)



[www.ordemenfermeiros.pt](http://www.ordemenfermeiros.pt)



## Sumário

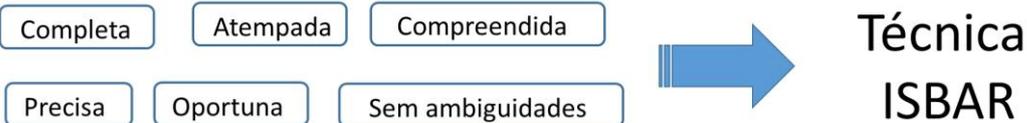
- ❖ Objetivo
- ❖ Enquadramento teórico
- ❖ Metodologia
- ❖ Resultados
- ❖ Considerações Finais

## Objetivo

Otimizar a comunicação na transição de cuidados de saúde do pré-hospitalar para o Laboratório de Hemodinâmica, recorrendo à técnica ISBAR, conducente à segurança do doente crítico cardíaco.

## Enquadramento da problemática

A **transição de cuidados** é parte integrante de uma organização de saúde, considerada um elemento fundamental na **segurança do doente crítico** e exige aos profissionais de saúde uma **comunicação eficaz**.



V ENCONTRO DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA · A Partilha da Excelência da Prática Clínica Especializada · 19 e 20 JANEIRO 2018

## Enquadramento da problemática



### NORMA

Francisco Henrique  
Moura George

desde 1899  
Direção-Geral da Saúde  
Direção-Geral da Saúde  
Direção-Geral da Saúde  
Direção-Geral da Saúde  
Direção-Geral da Saúde

NÚMERO: 001/2017

DATA: 08/02/2017

ASSUNTO: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde

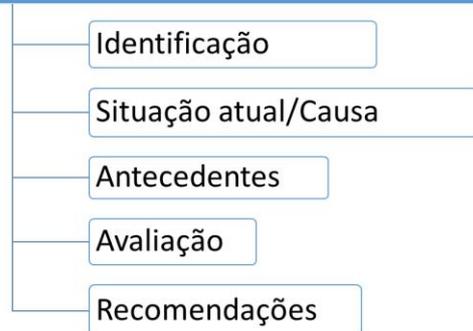
PALAVRAS-CHAVE: Segurança do doente; Transição de cuidados; Comunicação eficaz, ISBAR

PARA: Profissionais de Saúde do Sistema de Saúde

V ENCONTRO DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA · A Partilha da Excelência da Prática Clínica Especializada · 19 e 20 JANEIRO 2018

## Enquadramento da problemática

### Mnemónica ISBAR



V ENCONTRO DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA · A Partilha da Excelência da Prática Clínica Especializada · 19 e 20 JANEIRO 2018

## Enquadramento da problemática



Em Portugal Continental, cerca de 33% dos doentes com Enfarte Agudo do Miocárdio são admitidos nas Unidades de Hemodinâmica pela **Via Verde Coronária.** (DGS, 2016)

Continuidade e segurança dos cuidados e consequentemente do doente

**Pré-hospitalar**

Transferência responsabilidades de cuidados de saúde e informação do doente

**Intra-hospitalar**

V ENCONTRO DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA · A Partilha da Excelência da Prática Clínica Especializada · 19 e 20 JANEIRO 2018

## Metodologia

### Diagnóstico de situação

1

Avaliação da comunicação entre os profissionais de saúde

2

Avaliação da necessidade de construção e implementação de uma *check list* facilitadora da comunicação

V ENCONTRO DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA · A Partilha da Excelência da Prática Clínica Especializada · 19 e 20 JANEIRO 2018

## Resultados

No diagnóstico de situação verificou-se que os profissionais não consideravam existir uma comunicação eficaz na transição de cuidados, pelo que se construiu um documento, *check list*, sob os pressupostos da mnemónica ISBAR.

V ENCONTRO DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA · A Partilha da Excelência da Prática Clínica Especializada · 19 e 20 JANEIRO 2018

Check list		Vinheta de identificação	
Síndrome Coronário Agudo			
Identificação	Meio: SIV <input type="checkbox"/> VMER <input type="checkbox"/>		
	Transporte: Primário <input type="checkbox"/> Secundário <input type="checkbox"/>		
Doente	Profissional de Saúde Equipa do Pré-hospitalar Nome: _____ Função: _____		
	Profissional de Saúde Equipa da UADCI Nome: _____ Função: _____		
Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Idade: _____ Peso: _____ Kg			
Pessoa Significativa Nome: _____ Parentesco: _____			
Sintomas Abaixo / Causas Suspeitas e Sinais	Hora de chegada da equipa: _____	Outras: _____	
	Dor: Hora de início: _____		
	Tipo: Aperto <input type="checkbox"/> Irradiação: Pescoço/mandíbula <input type="checkbox"/> Braço esquerdo <input type="checkbox"/> Picada <input type="checkbox"/> Costas <input type="checkbox"/> Pescoço <input type="checkbox"/>		
	ECC 12 Derivações Hora: _____ EAM CSST Hora: _____ Angor <input type="checkbox"/> Obs: _____		
Análises Clínicas Ureia _____			
Tropoquinas Hora: _____ Creatinina _____ Potássio _____			
EAM: Obs: _____ HTA <input type="checkbox"/> Dislipidemia <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/>			
AVC: Isquémico <input type="checkbox"/> Hemorrágico <input type="checkbox"/>		Diabetes Mellitus: Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II <input type="checkbox"/>	
Hora: _____ FC: _____ SpO2: _____ % PCR Hora: _____ RCE Hora: _____			
TA: _____ mmHg Glicemia: _____ mg/dl N° de ciclos: _____ N° de choques: _____			
TA: _____ mmHg FC: _____ Ventilação Espontânea <input type="checkbox"/>			
Dor: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 : VNI <input type="checkbox"/>			
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 : VMI <input type="checkbox"/>			
Atividade Terapêutica	Oxigénio L/min Hora: _____	Terapêutica SAV Dose _____ mg	
	AAS _____ mg Hora: _____	Adrenalina _____ mg	
	Clopidogrel _____ mg Hora: _____	Atorvastatina _____ mg	
	Ticagrelor _____ mg Hora: _____	Atropina _____ mg	
	Heparinas _____ mg Hora: _____	Adenosina _____ mg	
	Fibrinolítico U/mg Hora: _____	Suif Magnésio _____ mg	
	NTG _____ mg Hora: _____	DNI _____ Hora: _____	
	Analgésico _____ mg Hora: _____	Outro _____ Hora: _____	
	Analgésico _____ mg Hora: _____	Outro _____ Hora: _____	
	A prescrição para a equipa está indicada na UADCI		
Acesso arterial: Radial: Dto <input type="checkbox"/> Femoral: Dto <input type="checkbox"/> Penso: Mantém introdutor <input type="checkbox"/>			
Eq: _____ Penso compressivo _____			
CC de ar as: _____ Antiagregação: _____			
Outros Cateteres: Coronariografia <input type="checkbox"/> Angioplastia <input type="checkbox"/>			
Envolvimento da família/pessoa significativa _____			
Informação sobre o procedimento efetuado _____			
Informação sobre serviço de destino _____			

## Check-list

## Identificação

Check list		Vinheta de identificação	
Síndrome Coronário Agudo			
Identificação	Meio: SIV <input type="checkbox"/> VMER <input type="checkbox"/>		
	Transporte: Primário <input type="checkbox"/> Secundário <input type="checkbox"/>		
Doente	Profissional de Saúde Equipa do Pré-hospitalar Nome: _____ Função: _____		
	Profissional de Saúde Equipa da UADCI Nome: _____ Função: _____		
Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Idade: _____ Peso: _____ Kg			
Pessoa Significativa Nome: _____ Parentesco: _____			

# Situação Atual/Causa



Situação Atual / Causa	Hora de chegada da equipa: _____ : _____	
	<b>Dor</b> Hora de início: _____ : _____ Tipo: Aperto <input type="checkbox"/> Irradiação: Pescoço/mandíbula <input type="checkbox"/> Moinha <input type="checkbox"/> Braço esquerdo <input type="checkbox"/> Picada <input type="checkbox"/> direito <input type="checkbox"/> Peso <input type="checkbox"/> Costas <input type="checkbox"/>	
	Outras: _____	
Método Diagnóstico	ECG 12 Derivações EAM CSST <input type="checkbox"/> Obs: _____ Hora: _____ : _____ Angor <input type="checkbox"/> Obs: _____	
	Análises Clínicas Ureia _____ // // Troponinas _____ Hora: _____ : _____ Creatinina _____ // // Potássio _____ // //	
Antecedentes	EAM <input type="checkbox"/> Obs: _____ HTA <input type="checkbox"/> Dislipidemia <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> AVC: Isquémico <input type="checkbox"/> Hemorrágico <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus: Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II <input type="checkbox"/>	

## Antecedentes

# Avaliação



Avaliação	Sinais Vitais	Hora: _____ : _____		FC: _____	SpO2: _____ %	PCR Hora: _____ : _____	RCE Hora: _____ : _____	
		TA: _____ / _____ mmHg		Glicemia: _____ mg/dl		Nº de ciclos: _____ Nº de choques: _____		
		TA: _____ / _____ mmHg		FC: _____		Ventilação: Espontânea <input type="checkbox"/>		
Terapêutica	Dor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 : _____		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 : _____		VNI: _____		
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 : _____		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 : _____		VMI: _____		
		Oxigénio	_____ L/min	Hora: _____ : _____	Terapêutica SAV Dose			
		AAS	_____ mg	Hora: _____ : _____	Adrenalina	<input type="checkbox"/>	_____ mg	
		Clopidogrel	_____ mg	Hora: _____ : _____	Amiodarona	<input type="checkbox"/>	_____ mg	
		Ticagrelor	_____ mg	Hora: _____ : _____	Atropina	<input type="checkbox"/>	_____ mg	
		Heparinas	_____ mg	Hora: _____ : _____	Adenosina	<input type="checkbox"/>	_____ mg	
		Fibrinolítico	_____ ULmg	Hora: _____ : _____	Sulf. Magnésio	<input type="checkbox"/>	_____ mg	
		NTG	_____ mg	Hora: _____ : _____	DNI	_____	Hora: _____ : _____	
		Analgésico	_____ mg	Hora: _____ : _____	Outro	_____	Hora: _____ : _____	
Analgésico	_____ mg	Hora: _____ : _____	Outro	_____	Hora: _____ : _____			

# Recomendações

A preencher pela equipade enfermagem da UADCI

Recomendações	Doente	Acesso arterial: Radial: Dto <input type="checkbox"/> Esq <input type="checkbox"/>	Femoral: Dto <input type="checkbox"/> Esq <input type="checkbox"/>	Pensos: Mantém introdutor <input type="checkbox"/>	Penso compressivo <input type="checkbox"/>
		Dispositivo Compressão Radial _____ cc de ar às _____ :	Antiagregação: _____		
Família		Doença Coronária: _____	Coronariografia <input type="checkbox"/>	Angioplastia <input type="checkbox"/>	Obs: _____
		Envolvimento da família/pessoa significativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Informação sobre o procedimento efetuado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Informação sobre serviço de destino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A segurança do doente crítico cardíaco na transição de cuidados do pré-hospitalar para o laboratório de hemodinâmica.

## Considerações Finais

Esta *check-list* torna-se uma **ferramenta facilitadora da comunicação entre os profissionais de saúde**, já que formaliza toda a informação que anteriormente era transmitida verbalmente, **proporcionando aos profissionais a prestação de cuidados mais seguros para o doente.**

## Referências Bibliográficas

Depulis, F.; Mancini, N.; Nota, T.; Pisanelli, P. (2015). Pre-hospitalar/emergency department handover in Italy. *Intern Emerg Med* 10:63-72. DOI: 10.1007/s11739-014-1136-x.

Direção Geral da Saúde (2017). Noma n.º 001/2017 – Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.

Direção Geral da Saúde (2016). Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares números 2015.

Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. Consultado 2017, Outubro 30.

Disponível em <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-doencas-cerebro-cardiovasculares-em-numeros-201511.aspx>

ESC Scientific Document Group (2017). ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC), *European Heart Journal*, ehx393,

<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx393>.

V ENCONTRO DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA · A Partilha da Excelência da Prática Clínica Especializada · 19 e 20 JANEIRO 2018

# **ANEXOS**

**Anexo A – Certificado Estágio SAMUR**



AA: HELENA ISABEL EXCELENTE PINTO

De: Francisco José Gómez Mascaraque Pérez

Jefe de División de formación de Protección Civil  
SAMUR-P.C.  
Ciudad de Madrid

Madrid, 14 de noviembre de 2017

### INFORME DE EVALUACIÓN DE PRÁCTICAS EN SAMUR-P.C.

D./Dña. HELENA ISABEL EXCELENTE PINTO, Residente de especialización en Enfermería Médico – Quirúrgica: a personas en situación crítica, ha realizado rotación práctica por el Servicio de Emergencia Extrahospitalaria de SAMUR-Protección Civil los días: 22, 26 de septiembre de 2017, con un total de 34 horas prácticas.

En las hojas de evaluación por parte de los profesionales que han tutorizado sus guardias ha obtenido:

A: En la parte de "Conocimientos y habilidades": ..... 3 sobre 3

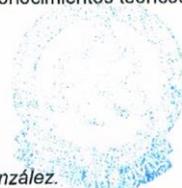
B: En la parte de "Actitudes": ..... 3 sobre 3

CALIFICACION EVALUACION (70%A+30%B): ..... 3 sobre 3

#### Comentarios literales:

- Alumna colaboradora. Trabaja bien en equipo. Buenos conocimientos teóricos y prácticos.

Un cordial saludo.



Verónica Almagro González.  
Adjunta del Departamento de Capacitación  
y Calidad.  
SAMUR-PC



**Anexo B – Certificado Estágio SUMMA 112**

La Dirección del SUMMA 112

**CERTIFICA:**

Que **D<sup>a</sup> Helena Isabel EXCELENTE PINTO** ha rotado en los dispositivos móviles de Emergencias del SUMMA 112, con una duración de **36 horas** lectivas.

En Madrid, a veintiocho de Febrero de dos mil dieciocho.



Fdo.: **Dr. Javier Mallo Pérez**  
Responsable de Formación  
SUMMA 112

ENSEÑANZA NO REGLADA Y NO OFICIAL

**Anexo C – Certificado Estágio VMER Évora**

### DECLARAÇÃO COMPROVATIVA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO

Para os devidos efeitos, declara-se que **Helena Isabel Excelente Pinto**, portador do C.C. 13066027, residente nas Amieiras, 7490-307, Mora, realizou um Estágio de Observação no INEM na Viatura Médica de Emergência e Reanimação – VMER de Évora: quatro turnos de 8 horas, totalizando 32 horas, nos dias 26 de Novembro de 2017, 17 de Dezembro de 2017, 02 de Janeiro de 2018 e 09 de Janeiro de 2018.

Delegação Regional do Sul

Lisboa, 05 de Março de 2018



Teresa Brandão, Dr.ª

(Responsável pela Delegação Regional do Sul)

**Anexo D – Avaliação Estágio VMER Évora**



### FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Helena Isabel Excelente Pinb

OBJECTIVOS: Estêgio observacional

Coordenador do Estêgio: \_\_\_\_\_

Data: 17/12/2017 Turno:  Manhã  Tarde Meio: VMER ÉVORA

Nº DE ACTIVACÕES: 2 Doença Súbita: 1 Trauma: 1 Outras:  Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário Helena Isabel Excelente Pinb

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Silva Afonso

### OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Fichas COU: 1279008 ; 1279761  
2º dia de estêgio  
Pude colaborar no check-list diário.  
Primeira saída por acidente de viação. Colaborei com a equipe do VMER, que sempre me integrou nos cuidados prestados às vítimas. No final feita ~~depois~~ avaliação conjunta do prestador na equipe no ocorrência.  
Segunda saída por enfisema agudo ~~de origem~~ cardíaca. Observei muito boa dinâmica de equipa em ambas as situações, com muita comunicação e tentando sempre integrar-me na prestação de cuidados ~~de~~ à vítima.

Estagiária acompanhada no desempenho e trabalho de equipa com boa evolução na sua prática no contexto das situações de emergência. Seu engajamento, dinamismo e entusiasmo gozando as suas devidas de forma oportuna e efectiva.  
  
Silva Afonso



## FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Helena Isabel Excelente Pinto

OBJECTIVOS: Estágio Observacional

Coordenador do Estágio:

Data: 2 / 1 / 2018

Turno:  Manhã  Tarde

Meio: VMER Évora

Nº DE ACTIVACÕES: 2

Doença Súbita: 1

Trauma: 1

Outras: 0

Abortadas: 0

Assinaturas: O Estagiário

Helena Isabel Excelente Pinto

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

### OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Fichas COOU: 13008072 ; 13008924  
3º dia de Estágio  
1ª Saída para vítima de trauma;  
com muito bom dinamismo da  
equipe do VMER, pode  
colaborar na prestação de cuidados  
à vítima.  
2ª saída para AEC.

Neste turno pude colaborar na  
realização de check-list diário.  
e a equipa ~~de~~ demonstrou-se  
sempre disponível para o exa-  
cunento de qualquer dúvida e  
integrou-me sempre no prestação  
de cuidados à vítima.

Desponta-se evolução na  
abordagem dos diversos  
participantes de emergência  
com que nos deparamos.  
Comunicação endereçada  
na passagem de dados da  
vítima a outras equipas,  
bem estabelecida, clara e concisa.  
Boa relação com a equipa  
Sempre et atenta/comunicação  
com os familiares/acompanhantes  
das vítimas

Silva Afonso



## FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Helena Isabel Excelente Ribeiro

OBJECTIVOS: Estágio Observacional

Coordenador do Estágio: \_\_\_\_\_

Data: 9/1/2018 Turno:  Manhã  Tarde Meio: VNER Évora

Nº DE ACTIVACÕES: 2 Doença Súbita: 2 Trauma:  Outras:  Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário Helena Isabel Excelente Ribeiro

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo \_\_\_\_\_

### OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

fiche com 13036609 ; 13036780  
4º dia de estágio

1ª saída para PCR. Observo bom trabalho de equipa. Equipa muito disponível para apoio emocional da família.

2ª saída para emergência médica. Colaborei na avaliação do doente e na prestação de cuidados. Equipa sempre disponível para qualquer esclarecimento de dúvidas de muito perto.

Colaborei na redigação de checklist de saída.

Como último dia, considero ter sido um estágio rico, pelo tipo de desafios que tivemos. Equipa sempre acolhe e esclarece e disponível para o esclarecimento de dúvidas.

Estágio sempre disponível para a abordagem do doente e seus familiares/companheiros. Realizando comentários profundos do sobre as diversas situações de emergência que a equipa se deparou.

Observei grande empenho no trabalho de equipa.

Boa evolução durante o período observacional.

*Silvia Afonso*



## FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Helena Isabel Excelente Pinto

OBJECTIVOS: Estágio Observacional.

Coordenador do Estágio: \_\_\_\_\_

Data: 26/11/2017 Turno:  Manhã  Tarde Meio: VMER Évora

Nº DE ACTIVAÇÕES: 1 Doença Súbita:  Trauma: 1 Outras:  Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário Helena Isabel Excelente Pinto

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Sílvio Afonso

### OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Ficha CODU-1145915  
1º dia de estágio.  
Conhecimento da equipa e vítima,  
bem como da missão/objectivos  
da VMER.  
Foi-me apresentada toda a carga  
de vítima, bem como pude  
colaborar na redigação da  
check list clínica.  
Saída para vítima de trauma, à  
noite chegada em PCR.  
Pude colaborar com a equipa  
no decorrer da ocorrência.  
Recebi bom trabalho de equipa  
de enfermeiros e médico, tanto  
do em todos os momentos que  
me sentisse integrada nos proce-  
dimentos efectuados à vítima.

Estágio de detetor de alguns  
contornos no que concerne  
ao contexto, (elemento de SIV)  
que facilitou a adaptação  
ao desempenho da vítima.  
Empenhada, a nível de  
espírito de equipa e  
atitude demonstrada por  
opiniões de comentários  
e pareceres nos procedimentos  
efectuados à vítima.  
- Apresentada a causa de  
vítima  
- Explicado o modo de  
trabalho da vítima

Sílvio Afonso

**Anexo E – Resposta Comissão de Ética da Universidade de Évora**



Documento 1 8 0 9 1

**Comissão de Ética para a Investigação Científica  
nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar  
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Prof. Doutor Armando Raimundo e Prof.ª Doutora Sandra Leandro, deliberaram dar

**Parecer Positivo**

para a realização do Projeto "A segurança do doente crítico cardíaco: transição de cuidados do pré-hospitalar para a Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção" da investigadora **Helena Isabel Excelente Pinto** (mestranda) e Prof.ª Doutora Maria do Céu Marques (responsável académico).

Universidade de Évora, 10 de Janeiro de 2018

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)

**Anexo F – Certificado de Participação *Jornadas Municipales de Catástrofe***



MADRID

# Diploma de Asistencia

Helena Isabel Excelente Pinto

Nº de referencia: 353934

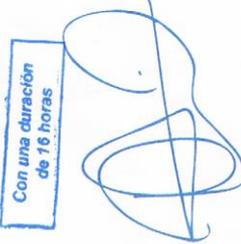
Ha asistido a las **24 Jornadas Municipales Sobre Catástrofes y 19 Encuentro de Voluntarios de Protección Civil**, que se han celebrado en Madrid los días 6 y 7 de octubre de 2017.

Madrid, 7 de octubre de 2017

Jornadas consideradas de interés científico por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES)



**Isabel Casado Flórez**  
Subdirectora General de SAMUR - Protección Civil



**José Ignacio Becerril Polo**  
Director General de Emergencias y Protección Civil



**24 Jornadas Municipales Sobre Catástrofes**

*Ayudar a la ciudad a vivir con seguridad*

**19 Encuentro de Voluntarios de Protección Civil**

IMPORTANTE: Este documento deberá estar impreso preferiblemente en color y contar con el sello de la Organización para tener validez.

**Anexo G – Certificado de Participação Doente Crítico 17**

**DOENTE**  
**CRÍTICO '17**  
4º ENCONTRO DE ENFERMAGEM DE EMERGÊNCIA  
10ª JORNADAS DE ENFERMAGEM DE CUIDADOS INTENSIVOS  
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS



A Associação Portuguesa de Enfermeiros certifica  
que

Helena Isabel Excelente Pinto

participou no evento “Doente Crítico 2017”,  
realizado a 20 e 21 de Outubro no auditório da  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

O Presidente da APE

( Enfe João Fernandes)

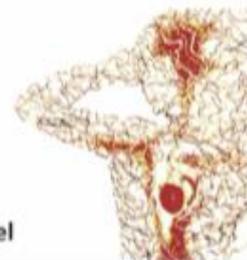
**Anexo H – Certificado de Participação X Jornadas de Cardiologia de Évora**



Jornadas de **CARDIOLOGIA**



de Évora • 17|18 NOVEMBRO 2017 - Évora Hotel



# CERTIFICADO

Para os devidos efeitos declara-se que:

**Helena Isabel Excelente Pinto**

Participou nas Jornadas de Cardiologia de Évora, realizadas de  
17 a 18 de Novembro de 2017, no Évora Hotel.

Évora, 18 de Novembro de 2017

O Presidente da Comissão Organizadora

Dr. José Costa Cabral

Organizado por



Apresentado por





**Anexo I – Certificado de Participação no V Encontro de Enfermeiros Especialistas  
Enfermagem Médico-Cirúrgica**



## CERTIFICADO DE PRESENÇA

**C**ertifica-se que

**Helena Isabel Excelente Pinto,**

membro nº **65526** desta Ordem, esteve presente no **V Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, nos dias 19 e 20 de Janeiro de 2018**, com a duração total de **7 horas**, em Évora, no Auditório do Colégio do Espírito Santo da Universidade de Évora.

Évora, 20 de Janeiro de 2018.

A Bastonária

Ana Rita Pedroso Cavaco

# ENCONTRO DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

A Partilha da Excelência da Prática Clínica Especializada  
Auditório do Colégio do Espírito Santo da Universidade de Évora



## Programa

### Dia 19 de Janeiro

#### 09:00 Abertura do secretariado

#### 09:30 Workshops:

**1 - Técnicas Dialíticas (Diálise e Diálise Peritoneal) no seu Contexto Prático**

**Palestrantes:** Cármen Nogueira, Enfermeira na Fresenius Medical Care e Catarina Santos, Enfermeira na Fresenius Medical Care

**2 - Resgate em Oxigenação por Membrana Extra – Corpórea (ECMO): da Origem ao Centro de Referência – Uma Prática Especializada**

**Palestrantes:** Fernando Miranda, EEEEMC no Hospital de São João e Paulo Oliveira, EEEEMC no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)

**3 – Abordagem e Monitorização da Via Aérea no Doente Crítico**

**Palestrante:** Bráulio Sousa, EEEEMC no Hospital Militar Regional n.º2

#### 12:30 Almoço livre

#### 14:00 Conferência: Processo de Desenvolvimento e Valorização Profissional para Prática Especializada

**Palestrante:** Luís Barreira, Vice-Presidente do Conselho Directivo da OE

#### 14:45 Sessão solene de abertura

• Ana Rita Cavaco, Bastonária da OE

• Ana Costa Freitas, Reitora da Universidade de Évora

• Catarina Lobão, Presidente da MCEEMC da OE

• Sérgio Branco, Presidente do Conselho Directivo Regional da Secção Regional do Sul da OE

• Carlos Pinto de Sá, Presidente da Câmara Municipal de Évora

• Roberto Pereira Gilo, Presidente da Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Alentejo (CCDR Alentejo)

#### 15:45 Coffee break

#### 16:00 Mesa redonda: Comunicação de Más Notícias na Prática Especializada

**Moderador:** Ana Fonseca, Presidente do Conselho de Enfermagem (CE) da OE

• **Morte Cerebral: O Rosto Que Já Não Existe**

**Palestrante:** Cristina Lopes, Bloco Operatório da Urgência do Hospital de S. João

• **Doente Paliativo e Família: Gestão de Expectativas**

**Palestrante:** Marlene Espírito Santo, Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital da Luz

• **Morte Inesperada: Comunicação de Más Notícias em contexto de Urgência**

**Palestrantes:** Rita Fonseca, Unidade de Urgência/Emergência do CHUC

• **A Vivência na Comunicação da Má Notícia: Testemunho de doente**

**Palestrante:** João Gahanas Mendes, Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus da Universidade de Évora

#### 17:00 Passeio turístico pedonal pela cidade de Évora e prova de vinhos com Apresentação do EBOOK – Livro de Resumos do IV Encontro de EEMC

#### 20:00 Jantar convívio

Jantar Tipicamente Alentejano ao sabor do Cante Alentejano Património Imaterial da Humanidade

### Dia 20 de Janeiro

#### 08:30 Abertura do secretariado

#### 09:00 Painel de Pósteres e Comunicações Livres:

A Partilha da Excelência da Prática Clínica Especializada

**Moderadores de Comunicações Livres:** Maria Anjos Frade, Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESESJD) e Sílvia Alminhas, Secretária da MCEEMC da OE

**Moderadores de Pósteres:** Catarina Lobão, Presidente da MCEEMC da OE e Helena Penaforte, Presidente do Conselho de Enfermagem Regional (CER) da Secção Regional do Norte (SR Norte) da OE

#### 10:00 Coffee break

#### 10:15 Mesa Redonda: Projectos de Referência na Partilha da Prática Clínica Especializada

**Moderador:** Rui Gonçalves, Presidente do Conselho de Enfermagem Regional (CER) da Secção Regional do Centro (SR Centro) da OE

#### Projectos:

##### - Baixa +1: Cuidados Paliativos na Comunidade

**Palestrantes:** Catarina Pazes, ACES Baixo Alentejo - Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

##### - Acompanhamento de Doentes com Insuficiência Cardíaca

**Palestrante:** Joana Pereira de Sousa, Unidade de Tratamento de Insuficiência Cardíaca Avançada do Serviço de Cardiologia do CHUC

##### - Enfermagem Perioperatória

**Palestrante:** Maria Manuela Costa, Unidade de Cirurgia de Ambulatório do CHUC

##### - Transporte Aéreo do Doente Crítico na Região Autónoma dos Açores

**Palestrante:** Luís Viegas, Unidade de Evacuações da Região Autónoma dos Açores

##### - Monitorização da Dor como 5º Sinal Vital no Contexto da Prática Especializada num Centro Multidisciplinar de Dor

**Palestrante:** Dulce Guerreiro, Centro Multidisciplinar da Dor, Hospital Garcia de Orta, EPE - Almada

#### 12:30 Sessão de encerramento e entrega de prémios

#### 13:00 Almoço livre

#### 14:30 Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica (Reservado aos membros, de acordo com o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros)

#### Destinatários do Encontro:

Enfermeiros Especialistas, Enfermeiros, Estudantes de Enfermagem e Docentes de Enfermagem.

[www.odemefmcc.org.pt](http://www.odemefmcc.org.pt)