

Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias
Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio

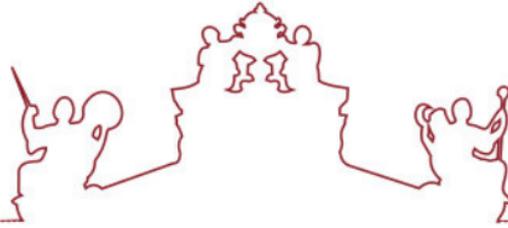
”Comunicação efetiva na transição de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório”

Joana Sofia de Almeida Pisco

Orientador(es) | Maria do Céu Mendes Pinto Marques

Évora 2022





**Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto
Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes
Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde**

Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio

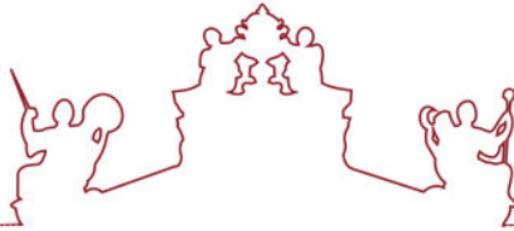
**”Comunicação efetiva na transição de cuidados do doente
crítico cardíaco em contexto perioperatório”**

Joana Sofia de Almeida Pisco

Orientador(es) | Maria do Céu Mendes Pinto Marques

Évora 2022





O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | Adriano Pedro (Universidade de Évora)

Vogais | Maria Alice Gois Ruivo (Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde) (Arguente)
Maria do Céu Mendes Pinto Marques (Universidade de Évora) (Orientador)

*Viva como se fosse morrer amanhã,
Aprenda como se fosse viver para sempre.*

Mahatma Gandhi

AGRADECIMENTOS

*À professora Maria do Céu Marques,
pela disponibilidade e orientação fornecida ao longo deste percurso.*

*Aos enfermeiros orientadores clínicos,
por me demonstrarem a arte especializada de cuidar
e me incentivarem a ser a melhor profissional que consigo ser.*

*Aos enfermeiros responsáveis, equipa de enfermagem e
restante equipa de saúde de cada contexto clínico,
pela colaboração prestada e por me demonstrarem sentimentos de pertença.*

*Aos meus pais,
por serem a luz que guia constantemente o meu caminho.*

*À minha mãe: por me mostrar que
nas maiores tempestades da vida, há sempre ensinamentos que nos fortalecem.*

Ao meu pai: por me estimular a querer ser sempre mais e melhor.

*Ao meu irmão,
por ser a metade do meu coração.*

*Ao meu namorado e à minha melhor amiga,
por embarcarmos lado a lado nas maiores montanhas-russas que a vida nos pode oferecer.*

*À minha colega de serviço e amiga I.P.,
por toda a paciência e disponibilidade demonstrada durante este percurso.*

*Finalmente, a todos os familiares e amigos que
compreenderam eventuais ausências e fizeram sentir as suas presenças.*

RESUMO

Objetivo: Analisar crítico-reflexivamente o processo de desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da Pessoa em Situação Crítica, e de Mestre em Enfermagem.

Metodologia: Utilizou-se uma metodologia descritiva e reflexiva do processo formativo e das atividades desenvolvidas nos contextos clínicos vivenciados. Recorrendo à metodologia de trabalho de projeto, realizou-se uma Intervenção Profissional *Major* relacionada com a comunicação efetiva durante a transição de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório.

Resultados: Demonstrou-se a influência dos contextos clínicos (Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos Coronários) na promoção da aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências na área de especialização. A IPM promoveu a prática baseada na evidência e a melhoria dos cuidados e segurança do doente crítico cardíaco no período perioperatório.

Conclusão: Realizou-se uma reflexão sistematizada das atividades desenvolvidas e dos contributos da IPM, considerando-se terem sido alcançados os objetivos delineados.

Palavras-chave: Enfermagem; Enfermagem Médico-Cirúrgica; Cuidados Críticos; Transição de Cuidados; Comunicação Efetiva.

ABSTRACT

Aim: *To describe critically and reflexively the process of developing common and specific competences of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing, in Person in Critical Situation, and Nursing's Master.*

Methods: *Was used a descriptive and reflexive methodology to analyse the activities and the process developed in clinical contexts. Furthermore, a Major Professional Intervention was carried out, related to effective communication during healthcare transitions of critically ill cardiac patients in a perioperative context.*

Results: *The influence of clinical contexts (Emergency Service and Coronary Intensive Care Unit) stimulated the acquisition and development of knowledge and competences in the specialization's area. The IPM promoted evidence-based practice and improved quality and safety of care for critically ill cardiac patients in the perioperative period.*

Conclusion: *A systematic reflection of the activities developed and the contributions of the IPM was carried out, considering that the outlined objectives have been achieved.*

Keywords: *Nursing; Medical-Surgical Nursing; Critical Care; Patient Transfer; Effective Communication.*

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice 1 – Plano de Trabalho da IPM	cxxiv
Apêndice 2 – Cronograma de Atividades	cxxxviii
Apêndice 3 – Instrumentos de registo elaborados durante a IPM	cxxxix
Apêndice 4 – Formação em Serviço desenvolvida na UCIC durante a IPM	cxlvi
Apêndice 5 – Projeto de Estágio SU	clxv
Apêndice 6 – Projeto de Estágio UCIC.....	clxxxvi
Apêndice 7 – Formação em Serviço no SUP.....	ccxiii
Apêndice 8 – Infografia “DEBRIEFING APÓS SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA: Uma realidade em saúde a explorar”	ccxxxvi
Apêndice 9 – <i>Checklist</i> do doente crítico cardíaco submetido a Cateterismo Cardíaco.....	ccxxxix
Apêndice 10 – Póster CVC.....	ccxl
Apêndice 11 – <i>Abstract</i> de artigo desenvolvido na Unidade Curricular de Investigação em Enfermagem.....	ccxli
Apêndice 12 – <i>Abstract</i> de artigo desenvolvido no Estágio I.....	ccxlii
Apêndice 13 – <i>Abstract</i> de artigo desenvolvido no Estágio Final	ccxliii

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I – Aprovação da IPM pelo Conselho Científico da Universidade de Évora.....	ccxlv
Anexo II – Parecer da Comissão de Ética da Universidade de Évora	ccxlv
Anexo III – Parecer da Comissão de Ética da Instituição	ccxlv
Anexo IV – Certificado de participação no “11º Congresso Internacional da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança (APEGEL)”	ccxlvii
Anexo V – Certificado de participação no <i>Webinar</i> “Aprendendo com a Emergência – Capítulo III. O que aprendemos com a pandemia?”	ccxlviii
Anexo VI – Certificado de participação no “2º Seminário de Enfermagem em Emergência Extra-hospitalar”	ccxlix
Anexo VII – Certificado de participação no <i>Webinar</i> “Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico”	ccl
Anexo VIII – Certificado de participação no “IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem”	ccli
Anexo IX – Certificado de participação no <i>Webinar</i> “ <i>Sepsis & Trauma: What Frontline Providers need to know</i> ”	cclii
Anexo X – Certificado de apresentação de comunicação livre em forma de póster no Congresso Internacional sobre Literacias no Século XXI	ccliii
Anexo XI – Certificado do curso de SAV	ccliv
Anexo XII – Certificado do curso de ITLS	cclv
Anexo XIII - Voto de Louvor e Reconhecimento da Ordem dos Enfermeiros em contexto de pandemia	cclvi

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Resultado da auditoria inicial.....	50
Figura 2 - Resultado da auditoria final.....	72

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Caracterização da população-alvo da IPM	46
Gráfico 2 - Categoria profissional dos Enfermeiros que responderam ao questionário	52
Gráfico 3 - Área de especialização dos Enfermeiros Especialistas.....	52
Gráfico 4 - Anos de experiência dos Enfermeiros que responderam ao questionário	53
Gráfico 5 - Resultados da questão 1	53
Gráfico 6 - Resultados da questão 2	54
Gráfico 7 – Resultados da questão 3	54
Gráfico 8 - Resultados da questão 4	55
Gráfico 9 - Resultados da questão 5	55
Gráfico 10 - Resultados da questão 6	56
Gráfico 11 - Resultados da questão 7	56
Gráfico 12 – Resultados da questão 8	57
Gráfico 13 – Resultados da questão 9	57
Gráfico 14 – Resultados da questão 10	58
Gráfico 15 - Avaliação Global da Formação em Serviço	76
Gráfico 16 - Avaliação da temática abordada na Formação em Serviço	77

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Análise SWOT 48

Tabela 2 - Comparação dos resultados obtidos entre a Auditoria Inicial e Final. 74

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ABCDE	<i>Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure</i>
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ADR	Área dedicada para Doentes Respiratórios
AESES	Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde
APA	<i>American Psychological Association</i>
APEGEL	Associação Portuguesa de Enfermeiros Gestores e Liderança
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CDC	<i>Centers for Disease Control</i>
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DGS	Direção-Geral da Saúde
EAM	Enfarte Agudo do Miocárdio
EE	Enfermeiro Especialista
Enf.º	Enfermeiro
EMC	Enfermagem Médico-Cirúrgica
EMC-PSC	Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da Pessoa em Situação Crítica
GCL-PPCIRA	Grupo de Coordenação Local do PPCIRA
IACS	Infeções associadas aos cuidados de saúde
IPM	Intervenção Profissional <i>Major</i>
INE	Instituto Nacional de Estatística
ITLS	<i>International Trauma Life Support</i>
ISBAR	<i>Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation</i>
ME	Mestre em Enfermagem
MMPBE	Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidência
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde

ONAF	Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo
PNSD	Plano Nacional para a Segurança dos Doentes
PPCIRA	Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e das Resistências aos Antimicrobianos
PQCE	Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem
PQCEE	Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem
PSC	Pessoa em Situação Crítica
REPE	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
SAMPLE	<i>Signs and symptoms; Allergies; Medication; Past medical history; Last meal; Events leading up to present injury</i>
SAV	Suporte Avançado de Vida
SNS	Serviço Nacional de Saúde
S.O.	Sala de Observação
START	<i>Simple Triage And Rapid Treatment</i>
SU	Serviço de Urgência
SUP	Serviço de Urgência Polivalente
SWOT	<i>Strengths, Weaknesses, Oportunities e Threats</i>
UADCI	Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção
UCIC	Unidade de Cuidados Intensivos Coronários
UCIM	Unidade de Cuidados Intermédios Médicos
UICDMC	Unidade de Internamento de Curta Duração Médico-Cirúrgica
UIMCD	Unidade de Internamento de Muito Curta Duração
VMER	Viatura Médica de Emergência e Reanimação
VMI	Ventilação Mecânica Invasiva
VNI	Ventilação Não Invasiva
TAVI	<i>Transcatheter Aortic Valve Implantation (Implantação de Válvula Aórtica Transcateter)</i>

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	16
1 ANÁLISE DE CONTEXTOS CLÍNICOS	19
1.1 A INSTITUIÇÃO	20
1.2 SERVIÇO DE URGÊNCIA POLIVALENTE.....	22
1.2.1 Enquadramento.....	22
1.2.2 Estrutura, recursos físicos e materiais.....	23
1.2.3 Recursos humanos.....	24
1.2.4 Análise da população alvo e da produção de cuidados	24
1.3. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS CORONÁRIOS	25
1.3.1 Enquadramento.....	25
1.3.2 Estrutura, recursos físicos e materiais.....	26
1.3.3 Recursos humanos.....	27
1.3.4 Análise da população alvo e da produção de cuidados	27
1.4 UNIDADE DE ANGIOGRAFIA DIGITAL E CARDIOLOGIA DE INTERVENÇÃO.....	28
1.4.1 Enquadramento.....	28
1.4.2 Estrutura, recursos físicos e materiais.....	29
1.4.3 Recursos humanos.....	30
1.4.4 Análise da população alvo e da produção de cuidados	30
2 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA	32
2.1. MODELO TEÓRICO PARA A MUDANÇA DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS.....	32
2.2 A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NO CONTEXTO DE DOENÇA CARDIOVASCULAR.....	34
2.3 O DOENTE CRÍTICO CARDÍACO EM CONTEXTO PERIOPERATÓRIO	35
3 INTERVENÇÃO PROFISSIONAL MAJOR	37
3.1 FUNDAMENTAÇÃO	37
3.1.1 Segurança do doente: agente promotor da qualidade em saúde	38
3.1.2 Comunicação efetiva: uma intervenção de enfermagem durante a transição de cuidados	40
3.1.2.1 Comunicação durante a transição de cuidados do doente crítico cardíaco no perioperatório.....	29
3.2 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	45
3.3 OBJETIVOS.....	59
3.4 PLANEAMENTO E EXECUÇÃO.....	59
3.5 AVALIAÇÃO E RESULTADOS	65

3.6 DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS.....	73
4 ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE A AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	78
4.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	81
4.1.1 (A) Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.....	81
4.1.2 (B) Melhoria contínua da qualidade	86
4.1.3 (C) Gestão dos cuidados	91
4.1.4 (D) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	94
4.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM NA VERTENTE DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	99
4.2.1 Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.....	100
4.2.2 Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.....	105
4.2.3 Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.....	109
CONCLUSÃO	113
REFERÊNCIAS	115

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento do presente relatório de estágio surge no âmbito das Unidades Curriculares Relatório e Estágio Final, as quais se encontram integradas no plano de estudos do quinto Curso de Mestrado em Enfermagem (Curso em Associação) com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), na vertente da Pessoa em Situação Crítica (PSC). Esta quinta edição decorreu na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus/Universidade de Évora, sob a orientação científico-pedagógica da Professora Doutora Maria do Céu Marques.

A redação deste relatório de estágio surge, então, como o culminar da análise do percurso académico e formativo desenvolvido, o qual foi norteado pelo desejo de concessão do título de Enfermeiro Especialista (EE) na respetiva área de especialização. Para tal, consideraram-se as competências comuns do EE (OE, 2019), as competências específicas do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da Pessoa em Situação Crítica (EMC-PSC) (OE, 2018) e as competências de Mestre em Enfermagem (ME) (UE, 2015).

Importa referir que o processo de análise realizado se sustentou numa metodologia crítico-reflexiva e introspetiva, a qual se baseou nos momentos formativos e nas atividades desenvolvidas ao longo do curso, quer em âmbito teórico, como prático. Neste sentido, foram igualmente considerados os projetos de estágio desenvolvidos ao longo de cada contexto clínico, nos quais constavam as competências a atingir e as respetivas estratégias a mobilizar para as alcançar. O estágio I ocorreu num Serviço de Urgência Polivalente (SUP) e o estágio final decorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC), sendo que ambos os contextos se inseriram na mesma instituição, a qual se localiza no Alentejo.

Além de se refletir sobre a aquisição e o desenvolvimento de competências do EE em EMC-PSC, neste documento consta igualmente uma análise da atividade profissional desenvolvida ao longo do estágio final, a qual se caracterizou como uma *Intervenção Profissional Major* (IPM). Com o intuito de respeitar o seu caráter científico, recorreu-se a uma metodologia de investigação: a metodologia de trabalho de projeto.

Considerando a casuística do contexto clínico que caracterizou este estágio, a IPM desenvolvida centrou-se, essencialmente, na segurança e qualidade dos cuidados prestados à PSC, especificamente o doente crítico cardíaco. Além disso, a temática central incidiu sobre uma carência identificada na UCIC através da realização de um diagnóstico de situação, validado pela Enfermeira Responsável do serviço e pela Enfermeira Orientadora, relacionando-se com a

importância de estabelecer uma comunicação efetiva durante a transição de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório.

O doente crítico é aquele que encontra a sua vida “ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.” (OE, 2018, p. 19362). Refletindo sobre o doente crítico cardíaco, pode-se afirmar que a sua sobrevivência se encontra ameaçada por eventos críticos que provocam disfunção profunda ou falência do sistema cardiovascular.

Com o intuito de responder adequadamente à complexidade de cuidados inerentes ao quadro clínico do doente crítico cardíaco, os tratamentos nesta área têm vindo a ser aperfeiçoados. Neste sentido, surge a Cirurgia Cardíaca como uma opção terapêutica indicada para a doença cardiovascular mais grave (Barretta & Dallacosta, 2018), a qual se assume como insubstituível no tratamento de doenças cardiovasculares congénitas e/ou adquiridas, embora se assista ao crescimento constante de técnicas de intervenção não cirúrgicas (DGS, 2016).

Considerando o que foi anteriormente exposto, o doente crítico cardíaco com indicação para abordagem terapêutica cirúrgica pode ser integrado na pessoa em situação perioperatória.

O período perioperatório encontra-se revestido de intensos fluxos de comunicação e múltiplas transições de cuidados que envolvem vários profissionais de saúde (OE, 2017; Becker & Lane-Fall, 2017).

As transições de cuidados em ambiente perioperatório acarretam consigo maior vulnerabilidade e riscos acrescidos aos cuidados de saúde prestados, pelo que é fundamental que o Enfermeiro (Enf.º) sustente a sua prática em competências técnico-científicas e não-técnicas (nomeadamente, a comunicação) que lhe permitam aproximar-se de uma prestação de cuidados de excelência (OE, 2017).

Neste sentido, a comunicação efetiva estabelecida durante os momentos de transição de cuidados em contexto perioperatório torna-se essencial no seio da equipa de enfermagem, a qual presta assistência contínua ao utente em todos os seus âmbitos.

Abordando os objetivos da elaboração do presente relatório, é importante enunciar que o seu objetivo geral é analisar crítico-reflexivamente o processo de desenvolvimento de competências comuns e específicas do EE em EMC-PSC e de ME.

Com o intuito de alcançar o objetivo geral, foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- Descrever os contextos clínicos com que se contactou no estágio I e no estágio final;
- Elaborar o enquadramento teórico-conceitual sobre o modelo teórico que sustentou a prática clínica e o desenvolvimento do presente relatório;
- Enquadrar teoricamente a pessoa em situação crítica nos contextos clínicos com que se contactou;
- Fundamentar a pertinência da IPM desenvolvida, recorrendo ao enquadramento da comunicação efetiva durante a transição de cuidados do doente crítico em contexto perioperatório;
- Descrever e analisar criticamente a IPM desenvolvida na UCIC durante o estágio final;
- Realizar a apreciação crítico-reflexiva do processo de desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas do EE em EMC-PSC e de ME ao longo do percurso formativo.

Face aos objetivos delineados, o presente relatório foi elaborado respeitando uma estrutura física que se organiza em quatro capítulos distintos. Em primeira instância, encontra-se a caracterização dos contextos clínicos com que se contactou ao longo dos estágios realizados. Seguidamente, realiza-se o enquadramento teórico-conceitual, o qual agrega o modelo teórico adotado e a contextualização da PSC nos diversos contextos clínicos. No terceiro capítulo, encontra-se a descrição e análise da IPM implementada ao longo do estágio final, realizando-se a fundamentação teórica da mesma e a descrição das suas etapas, as quais respeitaram a metodologia de trabalho de projeto. Alcançado o quarto capítulo, este contempla a análise crítico-reflexiva fundamentada do processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do EE em EMC-PSC e do ME. Por fim, encontram-se as considerações finais, as referências utilizadas, bem como os apêndices e anexos pertinentes que foram referenciados ao longo da concretização do relatório.

Importa ainda referir que este documento académico foi realizado de acordo com a 7ª edição das Normas *American Psychological Association* (APA, 2020) e o acordo ortográfico em vigor, excetuando as citações diretas de autores que não o tenham contemplado. Além disso, foi igualmente redigido de acordo com as orientações de elaboração de trabalhos escritos da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus/Universidade de Évora.

1 ANÁLISE DE CONTEXTOS CLÍNICOS

Com o intuito de iniciar o primeiro capítulo deste Relatório de Estágio, segue-se a análise descritiva dos locais que permitiram o contacto com distintos contextos clínicos. Todos eles foram selecionados de acordo com circunstâncias pessoais e preferências profissionais, tendo por base recomendações da Docente Orientadora, a oferta de cuidados oferecidos à população e o leque de oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional que potencialmente trariam. É de referir que foram ricos em experiências que permitiram o desenvolvimento e aperfeiçoamento de conhecimentos e competências inerentes ao EE (quer a nível comum, como específico) e ao ME. Isto alicerça-se na obra desenvolvida por *Patricia Benner*, a qual defende que o conhecimento prático (“saber fazer”) evolui a partir da teoria que emerge de experiências vivenciadas em cada contexto clínico. Além disso, o conhecimento sobre a prática (“saber que”) possibilita a construção de relações casuais entre acontecimentos e o “saber como” estimula a aquisição e desenvolvimento de novos conhecimentos e competências com base na prática clínica (Benner, 2001).

Considera-se que houve uma procura crescente de novas oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento profissional ao longo dos estágios, uma vez que foram selecionadas áreas de atuação de enfermagem caracterizadas por realidades distintas da habitual, mas complexas no que se refere ao doente crítico.

É igualmente importante referir que o facto de os estágios terem sido desenvolvidos na mesma instituição permitiram por diversas vezes a compreensão do percurso do doente crítico desde a sua entrada pelo Serviço de Urgência (SU) até à sua estabilização e internamento.

Relativamente ao primeiro estágio, este foi realizado num Serviço de Urgência, o qual permitiu também a concretização de turnos numa Unidade de Cuidados Intermédios Médicos (UCIM). Relativamente ao Estágio Final, no qual se desenvolveu o Projeto de Intervenção Profissional *Major*, este foi realizado numa Unidade de Cuidados Intensivos Coronários. Por sua vez, esta encontra-se integrada num Serviço de Cardiologia, o que possibilitou adquirir conhecimento acerca das dinâmicas de cuidados de saúde prestados em diferentes contextos. Além disso, surgiu igualmente a oportunidade de efetuar turnos de observação numa Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção (UADCI).

Considera-se, então, fundamental a apreciação descritiva dos contextos clínicos com que se contactou, a qual se baseou na recolha de dados realizada ao longo dos mesmos. A informação presente neste Relatório de Estágio resulta não só de análises e reflexões técnico-

científicas desenvolvidas ao longo de todo o percurso, mas também da utilização de métodos de recolha de dados. Os métodos utilizados com maior frequência foram a observação e entrevistas não estruturadas realizadas de forma fluida e espontânea com os Enfermeiros Orientadores, os Enfermeiros Responsáveis pelos serviços e restante equipa multidisciplinar. Além disso, foi utilizado um questionário no âmbito da IPM, o qual permitiu a caracterização da sua população-alvo, como se poderá comprovar no ponto 3.2.

De seguida, encontra-se, então, a apreciação dos contextos clínicos realizada com base nas informações colhidas através destes métodos e também de fontes eletrónicas disponíveis.

1.1 A Instituição

Uma vez que todos os locais de contacto com os estágios se desenvolveram numa única instituição de saúde, considera-se importante iniciar a descrição da mesma.

Esta instituição representa um hospital localizado no Alentejo, o qual é considerado a maior e a mais diferenciada unidade hospitalar do território alentejano, recebendo utentes do Alentejo Central e Litoral, bem como do Alto e Baixo Alentejo. Exerce influência direta num total de 14 concelhos e indireta em 33 concelhos (SNS, 2016).

A sua missão traduz-se na prestação de cuidados de saúde adequados, diferenciados e em tempo útil, visando garantir padrões elevados de desempenho técnico-científico, de eficaz e eficiente gestão de recursos e de humanização, promovendo assim o desenvolvimento profissional do seu capital humano. Relativamente aos seus objetivos, estes são sete: contribuir para a obtenção de ganhos em saúde, articulando-se com os cuidados de saúde primários, o setor social e o setor privado; melhorar a eficiência técnica e económica; melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados e a organização dos serviços; garantir os direitos dos utentes e a humanização dos cuidados; melhorar o acesso e a oferta de serviços adequados; valorizar os recursos humanos; e otimizar o uso de tecnologias da informação e comunicação (SNS, 2016).

Em 2007, segundo o Decreto-Lei 50-A/2007, este hospital foi reconhecido como entidade pública empresarial, sofrendo várias adaptações a nível de instalações físicas, recursos humanos, regime jurídico e financeiro. Por conseguinte, aumentou a disponibilidade e diferenciação dos cuidados que oferece para colmatar carências existentes na região (Ministério da Saúde, 2007).

De acordo com os dados provisórios divulgados nos Censos 2021, verificou-se o agravamento do fenómeno de envelhecimento da população caracterizado pelo aumento da população idosa e diminuição da população jovem. O Alentejo e a região central representam o valor mais acentuado da população idosa, refletindo 27,0% (INE, 2021). Assim, é evidente que esta instituição exerce influência numa área caracterizada por um índice de envelhecimento considerável, o que acarreta consigo desafios na gestão de recursos e de cuidados de saúde prestados.

A diversificação e diferenciação de serviços e cuidados de saúde que este hospital oferece à população (muitas vezes até de forma exclusiva) confere-lhe a categoria de hospital central, destacando-se como uma referência no Alentejo. Dentro destes, incluem-se o Serviço de Urgência Polivalente (o único no Alentejo); o Serviço de Nefrologia (o único da região com cobertura de urgência); o Serviço de Gastroenterologia (com urgência diária); o Serviço de Cardiologia (que integra uma Unidade de Cuidados Intensivos Coronários e que dispõe de duas salas na Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção, a funcionar 24 horas por dia); a Unidade de AVC; a especialidade de Hematologia (que dá resposta a toda a região do Alentejo Central, Litoral e Alto Alentejo), uma unidade de Radioterapia (que assegura este tipo de tratamento aos hospitais da sua área de influência); um Serviço de Anatomia Patológica tipo II, entre outros (SNS, 2016).

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) reconhece a crescente necessidade de modernização e humanização dos cuidados em contexto domiciliário, pelo que criou Unidades de Hospitalização Domiciliária através do Despacho n.º 9323-A/2018 (Saúde - Gabinete da Secretária de Estado da Saúde, 2018), posteriormente consolidado pelo Despacho nº 12333/2019 (Saúde - Gabinete da Ministra, 2019). Visando acompanhar esta necessidade, a instituição criou igualmente uma Unidade de Hospitalização Domiciliária que assegura a prestação de cuidados de saúde diferenciados e complexos de carácter hospitalar neste contexto. É importante enunciar que esta unidade se manteve em funções em plena pandemia por SARS-COV-2, independentemente das limitações que acarretou consigo.

Além disso, este hospital adaptou igualmente as suas instalações, criando circuitos e internamento em Enfermarias e Unidades de Cuidados Intensivos para doentes positivos, visando assegurar-lhes cuidados adequados e de qualidade.

Torna-se ainda importante referir que em pleno contexto pandémico, em dezembro de 2020, este hospital ganhou destaque nas análises de *Benchmarking* elaboradas pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), nomeadamente na categoria “acesso –

primeiras consultas realizadas em tempo adequado”, atingindo o melhor desempenho no grupo onde se inseria. Um ano depois, em dezembro de 2021, destacou-se igualmente no mesmo âmbito em segundo lugar no seu grupo (ACSS, 2022).

Assim, pode-se concluir que demonstrou um bom desempenho e valores de referência perante circunstâncias desafiantes e constrangimentos relacionados com a pandemia. Contudo, tudo isto se demonstrou possível pela excelente, dedicada e resiliente equipa de profissionais de saúde que transformaram dificuldades em motivação para ultrapassar adversidades e responder às necessidades dos utentes.

1.2 Serviço de Urgência Polivalente

Como já foi enunciado anteriormente, o primeiro estágio realizado decorreu no Serviço de Urgência da instituição anteriormente caracterizada. Ocorreu durante seis semanas consecutivas, no período de 17 de maio a 27 de junho de 2021, pelo que se considera igualmente pertinente contextualizá-lo.

1.2.1 Enquadramento

Integrando o Departamento de Urgência/Emergência do Hospital em que se insere, este SUP é considerado o único polivalente na região, destacando-se como diferenciado na rede de referência de urgência/emergência (SNS, 2016).

Relativamente à sua área de atuação, presta atendimento permanente em múltiplas valências, direcionando-se para a observação, tratamento e encaminhamento de utentes emergentes, muito urgentes e urgentes, recorrendo ao Sistema de Triagem de Manchester.

Tal como decretado em Diário da República (Saúde - Gabinetes dos Secretários de Estado Adjunto e da Saúde, 2017), este SUP abrange a Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), a qual tem como objetivo principal o acompanhamento médico e a prestação de cuidados de saúde ao doente crítico, vítima de acidente e/ou doença súbita, visando a sua estabilização durante o seu transporte. Reconhecida como indispensável para a população portuguesa em situações de emergência, a Frota da VMER sofreu uma modernização em 2017, pelo que os veículos disponíveis nesta instituição foram igualmente incluídos neste

processo (Saúde - Gabinetes dos Secretários de Estado Adjunto e da Saúde, 2017; Ministério da Saúde, 2018).

1.2.2 Estrutura, recursos físicos e materiais

Relativamente à sua estrutura, é importante referir que este SUP sofreu alterações constantes desde o início da pandemia, procurando dar respostas às exigências vividas. Desta forma, a sua caracterização remete-se ao período decorrido durante o estágio.

No que diz respeito à sua localização, este serviço encontrava-se situado no primeiro piso da instituição, dividindo-se em três áreas distintas: circuito não covid; Área dedicada para Doentes Respiratórios (ADR), destinada para utentes suspeitos ou positivos para SARS-COV-2; e Unidade de Cuidados Intermédios Médicos. Relativamente ao seu acesso, a porta que permitia a entrada no SU direcionava os utentes de imediato para uma Sala de Pré-Triagem, a qual os encaminharia para o circuito covid ou não covid.

Relativamente à área não covid, esta integrava distintos setores: a sala de triagem; a área médica (Balcão Homens e Balcão Mulheres); a área cirúrgica (Sala de Pequena Cirurgia e Sala de Ortopedia); a Sala de Emergência; a Unidade de Internamento de Muito Curta Duração (UIMCD), comumente conhecida como Sala de Monitorização; e a Unidade de Internamento de Curta Duração Médico-Cirúrgica (UICDMC), vulgarmente conhecida como Sala de Observação (S.O.). Além disso, existia ainda a Sala de Eletrocardiografia (utilizada por Técnicos de Cardiopneumologia em contexto de urgência) e a Sala Polivalente, também conhecida como Sala Azul. Anteriormente o seu fim era destinado à transmissão de más notícias, isolamentos de contacto ou cuidados em fim de vida, sendo agora utilizada para a realização de testes covid a utentes presentes no circuito não covid.

Quanto à área ADR, esta destina-se ao atendimento de utentes positivos ou suspeitos para SARS-COV-2 em contexto de urgência.

No que diz respeito à UCIM, embora integrada no Serviço de Urgência, possuía uma gestão própria coordenada por uma Enfermeira Responsável. Relativamente à equipa de enfermagem, esta era constituída por enfermeiros que exerciam igualmente funções no SUP. Importa referir que o Enfermeiro Especialista que orientou o primeiro estágio integrava a equipa da UCIM, motivo pelo qual foi possível contactar diretamente com este contexto em específico e desenvolver competências à PSC neste âmbito.

1.2.3 Recursos humanos

Relativamente aos seus recursos humanos, este SUP é constituído por uma equipa multidisciplinar que integra profissionais de saúde de várias categorias.

Quanto à equipa de enfermagem, esta era composta por um Enfermeiro Chefe e 75 elementos, dos quais 16 eram enfermeiros especialistas, 10 deles em EMC. Além de exercerem funções no SU, alguns destes elementos incluíam-se igualmente na VMER.

No que diz respeito à equipa médica, esta incluía profissionais de diversas valências (Medicina Interna, Cirurgia e Ortopedia) vinculados ao hospital ou em prestação de serviços. Além disso, o serviço contava ainda com Médicos em período de Internato.

No que diz respeito à UCIM, como já foi referido, embora integrada neste serviço, ela possui uma gestão própria. Relativamente à equipa de enfermagem, esta era constituída por 27 enfermeiros, os quais exerciam igualmente funções no SUP.

1.2.4 Análise da população alvo e da produção de cuidados

Analisando o indicador “urgências nos hospitais” referente ao ano de 2020, de acordo com os dados facultados pela PORDATA – Base de Dados Portugal Contemporâneo, verificou-se que o Alentejo deu resposta a 342.265 episódios de urgência. Dentro destes, cerca de 53.915 ocorreram no Alentejo Central (PORDATA, 2021), o que reflete, aproximadamente 16% do total de episódios em território nacional.

Portugal apresenta uma esperança médica de vida à nascença superior à média dos restantes países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. Contudo, embora os portugueses tenham maior longevidade, vivem com um maior número de comorbilidades nas quais se destacam as doenças cardiovasculares, respiratórias, obesidade, diabetes e doenças oncológicas (Ministério da Saúde, 2018). Em conformidade com o que foi anteriormente descrito, verificou-se ao longo do estágio que os motivos que levavam a população-alvo a recorrer ao serviço eram: doença súbita, doença aguda ou agudização de doença crónica conhecida. Além disso, também as vítimas de acidentes de viação caracterizaram a população-alvo deste serviço.

Relativamente à prestação de cuidados, esta é realizada por uma equipa multidisciplinar especializada e dedicada durante 24 horas por dia, a funcionar durante 365 dias

por ano. No que diz respeito aos cuidados de enfermagem, uma vez que são prestados ao doente crítico num ambiente altamente exigente, complexo e em constante mudança, também a sua gestão e distribuição assume especificidades que devem permitir responder atempada e adequadamente às necessidades que surgem. Deste modo, a distribuição das funções que cada enfermeiro exerce no serviço é realizada pelo Enfermeiro Chefe através da disponibilização de um plano de trabalho que se divide por cores. Cada cor dá origem a um posto de trabalho específico no serviço. Considerando a distribuição dos enfermeiros por cada posto de trabalho, verificou-se então que um dos métodos de trabalho utilizados é o método por tarefa. Além disso, existe sempre um enfermeiro responsável pelo turno, ou seja, um chefe de equipa que se encontra destacado para a gestão do mesmo e para a prestação de cuidados ao doente crítico em contexto de Sala de Emergência. Este enfermeiro tem, preferencialmente, a categoria de especialista, independentemente da sua área de especialização.

Durante o estágio, surgiu a oportunidade de contactar diretamente com os vários postos de trabalho existentes no serviço, inclusivamente a Sala de Emergência, uma vez que o Enfermeiro Orientador era responsável de turno. O contacto direto com os vários contextos inerentes a um Serviço de Urgência foi, então, considerado como essencial uma vez que permitiu a compreensão da produção de cuidados de enfermagem à PSC perante os seus vários níveis de instabilidade e complexidade.

1.3. Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

Relativamente ao Estágio Final, este ocorreu durante 18 semanas consecutivas, entre 13 de setembro de 2021 e 28 de janeiro de 2022. Considerando a sua relevância para a elaboração deste Relatório de Estágio, torna-se igualmente importante caracterizar o contexto clínico onde se desenvolveu: A UCIC.

1.3.1 Enquadramento

A UCIC exerce influência direta e indireta na região do Alentejo e articula com uma Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção que pertence à rede de referenciação via verde coronária, dando resposta à fase aguda do Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) (DGS, 2015). A UADCI destaca-se, assim, como uma referência na área de Cardiologia de Intervenção na região do Alentejo, colaborando com outros hospitais e diferenciando-se na

Angioplastia Primária, Implantação de Cardioversores/Desfibrilhadores e Ressincronizadores, bem como na, ainda recente, Implantação de Válvula Aórtica Transcateter - *Transcatheter Aortic Valve Implantation* (TAVI).

A UCIC rege-se pela prestação de cuidados de saúde diferenciados a utentes do foro cardíaco provenientes não só da UADCI, mas também de outros serviços do hospital. Atendendo às suas características, esta UCIC é considerada de nível II. Contudo, a instituição considera a especialidade de Cirurgia Cardíaca como um objetivo a atingir no ano de 2022, se assim forem reunidas as condições necessárias para tal. Deste modo, com intuito de o tornar possível, o hospital dispõe de um Cirurgião Cardíaco que iniciou o seu percurso na instituição através da realização de Pericardiocenteses Cirúrgicas. Atendendo a este acontecimento, se esta especialidade realmente for consolidada na instituição, esta UCIC poderá evoluir para o nível III num futuro próximo.

1.3.2 Estrutura, recursos físicos e materiais

Relativamente à sua estrutura física, a UCIC situa-se no quinto piso do hospital em que se insere e, como já foi referido anteriormente, encontra-se integrada num Serviço de Cardiologia, o qual dispõe de 18 camas de internamento. Além de disponibilizar internamento ao utente cardíaco, oferece igualmente a possibilidade de realização de técnicas de diagnóstico não invasivo, as quais são realizadas num gabinete próprio. Em acréscimo, integra também um gabinete destinado à Consulta de Insuficiência Cardíaca.

A UCIC dispõe de 6 unidades de doentes com monitorização hemodinâmica multiparâmetros, a qual conta com dispositivos de monitorização invasiva sempre que se verifique necessário e se considere como uma mais-valia para o utente. É uma unidade de tipologia aberta, ou seja, todas as unidades dos doentes são facilmente visíveis pela equipa de saúde a partir de uma bancada de monitorização e de trabalho central.

A UCIC assume-se igualmente como a central de monitorização eletrocardiográfica de doentes internados na enfermaria, recorrendo-se à utilização de telemetria que permite a rápida identificação de instabilidade nos mesmos.

Relativamente aos recursos materiais que dispõe, esta unidade possui equipamentos essenciais, nos quais se incluem um carro de emergência (devidamente constituído e selado) com um Desfibrilhador *Lifepack*[®] acoplado; ventiladores para ventilação invasiva e não invasiva,

que oferecem também oportunidade para Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo (ONAF); entre outros.

1.3.3 Recursos humanos

No que diz respeito aos seus recursos humanos, a UCIC é constituída por uma equipa multidisciplinar comum à do Serviço de Cardiologia, a qual é composta por vários Cardiologistas, Técnicos de Cardiopneumologia, Enfermeiros, Assistentes Operacionais e uma Assistente Técnica.

Os cuidados médicos são assegurados diariamente pelo Cardiologista responsável escalado e existe ainda um Cardiologista de serviço durante 24h para responder continuamente às necessidades dos utentes. A equipa médica é constituída por profissionais em regime de contrato ou em prestação de serviços. Segundo a escala de urgência interna de Cardiologia do hospital, esta conta com 14 Médicos, dentro dos quais Cardiologistas e Médicos Internos da mesma especialidade.

Relativamente à equipa de enfermagem, inicialmente, esta era composta pela Enfermeira Responsável do serviço e por 26 enfermeiros (23 no ativo e três em Licença de Parentalidade). Os enfermeiros no ativo dividiam, portanto, o exercício das suas funções entre a UCIC e o Serviço de Cardiologia, conforme as distribuições realizadas no plano de trabalho. Contudo, no decorrer do período de estágio, dois elementos da equipa de enfermagem saíram do hospital, pelo que a equipa a prestar cuidados no ativo ficou reduzida a 21 elementos.

Relativamente ao seu grau de especialização, existiam sete enfermeiros especialistas (cinco em Enfermagem Médico-Cirúrgica, um em Enfermagem de Reabilitação e um em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública). Além disso, existiam igualmente quatro enfermeiros a frequentar um curso de especialização em enfermagem.

1.3.4 Análise da população alvo e da produção de cuidados

Como já se constatou anteriormente, o Alentejo é caracterizado por um índice de envelhecimento considerável, pelo que este exerce impacto na população portadora de patologia cardiovascular. As doenças cardiovasculares assumem-se progressivamente mais

complexas, exigindo um aumento significativo de cuidados cardíacos agudos. Perante tal evolução, as unidades de saúde especializaram-se, surgindo, assim, as Unidades de Cuidados Intensivos Coronários/Cardíacos, as quais dão resposta a uma população com doença cardíaca abrangente com frequentes morbilidades concomitantes, nas quais se destacam as respiratórias (Monteiro et al., 2020). Considerando o que foi anteriormente descrito, verificou-se ao longo do estágio final que a população-alvo internada na UCIC possuía como diagnósticos cardíacos principais: EAM, Insuficiência Cardíaca Congestiva descompensada, Insuficiência Valvular grave, Derrame Pericárdico, Pericardite, Endocardite, Arritmias instáveis, entre outros.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2019a), a dotação adequada dos profissionais de enfermagem, bem como o seu o nível de qualificação e o seu perfil são reconhecidos como essenciais para a prestação de cuidados de saúde com índices de segurança e de qualidade. Para que tal ocorra, devem ser utilizados critérios e metodologias que permitam adequar os recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população. Considerando as Unidades de Cuidados Intensivos de nível II, preconiza-se que o rácio ideal entre enfermeiro/doente seja de 1 para 2. Perante o grau de complexidade que caracteriza o doente crítico cardíaco, a UCIC esforça-se para que os cuidados de enfermagem sejam prestados baseando-se na procura da excelência da prática clínica. Assim, a gestão e distribuição dos elementos de enfermagem no serviço assume particularidades específicas. Considerando o anteriormente exposto, é elaborado um plano de trabalho que é sempre constituído por dois enfermeiros por turno, independentemente de o serviço se encontrar ou não lotado. A cada enfermeiro são distribuídos doentes, num máximo de três, verificando-se que, por vezes, o rácio recomendado é excedido.

Relativamente aos métodos de trabalho utilizados, o selecionado e frequentemente exercido é o método de trabalho individual. Além disso, em todos os turnos, há um dos enfermeiros que, além de assegurar os cuidados aos utentes que lhe estão atribuídos, é igualmente responsável pela gestão do turno. Por norma, este elemento é um enfermeiro especialista.

1.4 Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção

Para terminar a caracterização dos vários contextos clínicos, considera-se igualmente importante retratar a UADCI, embora se tenham realizado apenas três turnos de observação, perfazendo um total de 19 horas e 30 minutos.

1.4.1 Enquadramento

Relativamente ao período de contacto com a UADCI, cada turno realizado foi ao encontro de algumas áreas de interesse deste estágio no âmbito da estabilização do doente crítico cardíaco: um turno foi destinado à observação de implantação de Pacemakers Definitivos e/ou Cardioversores/Desfibriladores internos e Ressincronizadores; outro ocorreu durante a realização de Angiografias Coronárias com ou sem necessidade de Angioplastia; e outro permitiu a observação de uma TAVI.

A decisão de realizar estas horas de estágio neste serviço revelou-se bastante pertinente para o percurso formativo delineado, principalmente para a consolidação de conhecimentos teórico-práticos relacionados com o período peri procedimento no seu todo. Além de permitir a discussão multidisciplinar e, por conseguinte, uma melhor compreensão de casos clínicos, possibilitou de igual modo o acompanhamento do percurso do utente crítico cardíaco em dois contextos distintos, destacando especialmente os seus momentos de transição de cuidados. Em acréscimo, as dinâmicas de equipa foram passíveis de ser observadas no sentido de melhoria da qualidade do processo assistencial prestado, algo fundamental na implementação da IPM, como se poderá constatar no ponto 3 deste Relatório de Estágio.

1.4.2 Estrutura, recursos físicos e materiais

Relativamente à sua estrutura física, a UADCI, também frequentemente denominada como Serviço de Hemodinâmica, situa-se no primeiro piso do hospital em que se insere e possui duas salas para a realização de procedimentos. Além disso, integra também uma sala frequentemente denominada como sendo de recobro, com três unidades devidamente equipadas, onde os utentes recuperam após a realização dos procedimentos. Nesta sala, são ainda realizadas admissões de utentes que serão submetidos a procedimentos programados em contexto de ambulatório. Existem igualmente duas outras salas, designadas como Salas de Comandos, que fornecem apoio às Salas de Angiografia, salvaguardando a máxima segurança dos profissionais e também dos utentes. Estas salas são compostas por vários equipamentos informáticos (visualizadores de imagem; consolas de raio-X; computadores; polígrafos, entre outros) que permitem igualmente a realização de relatórios de procedimentos realizados.

O horário de funcionamento da UADCI ocorre desde as 8h às 21h, por norma geral. Contudo, perante situações de emergência, este serviço funciona 24h por dia, sendo que, após

essa hora, os profissionais de saúde escalados ficam de prevenção para qualquer evento necessário, dando resposta permanente à vítima de EAM na região do Alentejo.

Relativamente à carteira de serviços que oferece, a UADCI atua na prestação de cuidados não só ao doente cardíaco, mas também noutras valências. Atualmente, além da Cardiologia, as especialidades que recorrem a este serviço são: Cirurgia Vascular, Nefrologia, Neuroangiografia e Ressonância Magnética. É igualmente frequente a colocação de cateteres para a realização de quimioterapia, a qual é realizada por Médicos de Cirurgia Geral.

1.4.3 Recursos humanos

Relativamente à equipa multidisciplinar deste serviço, embora ele se encontre intimamente ligado ao Serviço de Cardiologia, este possui uma gestão própria. A sua equipa é, assim, composta por diversos profissionais, nomeadamente: Enfermeiros, Assistentes Operacionais, Técnicos de Radiologia e Técnicos de Cardiopneumologia. Além disso, consoante a especialidade, a equipa médica é constituída por: Cardiologistas, Nefrologistas, Cirurgiões Vasculares, Cirurgiões Gerais, Anestésistas e Internos das várias especialidades.

No que diz respeito à equipa de enfermagem, esta é constituída por uma Enfermeira Responsável e 7 enfermeiros, dos quais dois são enfermeiros especialistas em EMC-PSC. Além disso, existem quatro outros enfermeiros a terminar o curso de especialização em enfermagem (um em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública; e três em Enfermagem Médico Cirúrgica).

1.4.4 Análise da população alvo e da produção de cuidados

Como já foi referido anteriormente, a UADCI dá apoio direto e indireto à região do Alentejo, integrando a rede de via verde coronária.

A especialidade de Cardiologia é, sem dúvida, a maioritária no serviço, dividindo-se em distintas áreas consoante os procedimentos que oferece. As áreas são então a Arritmologia e a Hemodinâmica.

Além de oferecer cuidados ao doente com EAM, permite igualmente a realização de procedimentos como a implantação de Pacemakers Definitivos e/ou

Cardioversores/Desfibriladores e Ressincronizadores; Angiografias Coronárias diagnósticas e/ou Angioplastias Coronárias; e Implantação de Válvula Aórtica Transcateter.

Relativamente a este último procedimento, é preponderante referir que a equipa multidisciplinar da UADCI realiza o acompanhamento dos utentes após a realização da TAVI através da sua monitorização hemodinâmica no domicílio. Este acompanhamento é realizado até um mês desde o procedimento, sendo realizadas consultas telefónicas aos utentes uma vez por semana.

Embora a especialidade mais frequente seja a Cardiologia, a UADCI intervém igualmente nos cuidados inerentes a outras especialidades, nomeadamente a Cirurgia Vasculuar, Cirurgia Geral e Nefrologia.

Quanto à especialidade de Cirurgia Vasculuar, são realizadas angiografias e/ou angioplastias da artéria aorta, das carótidas e de artérias dos membros inferiores (femorais, pediosas e poplíteas).

No que diz respeito à Cirurgia Vasculuar, a UADCI colabora na implantação de cateteres a utentes sujeitos a tratamentos de quimioterapia.

Relativamente à oferta de serviços clínicos na especialidade de Nefrologia, são realizadas angiografias de acessos venosos e arteriais, flebografias, bem como implantação e revisão de cateteres centrais de hemodiálise.

2 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA

Após realizada a apreciação dos contextos clínicos, torna-se essencial proceder ao enquadramento conceptual que orienta a prática de enfermagem especializada. Assim, neste capítulo encontra-se o enquadramento teórico-conceptual que impulsionou o percurso delineado para a prática de cuidados de enfermagem ao longo dos estágios concretizados. Além disso, refletindo sobre a metodologia utilizada para a realização do presente relatório de estágio, encontra-se o enquadramento do modelo conceptual que o norteou.

Atendendo à área de especialização, ao contexto do estágio final e à respetiva temática que deu origem ao título deste Relatório de Estágio, é igualmente importante enquadrar a pessoa em situação crítica em contexto de doença cardiovascular e o doente crítico cardíaco em contexto perioperatório.

2.1. Modelo Teórico para a Mudança da Prática Baseada em Evidências

Segundo Fawcett (2005), a produção do conhecimento em enfermagem tem evoluído ao longo dos tempos baseando-se nos seguintes cinco componentes: metaparadigmas, filosofias, modelos conceptuais, teorias e indicadores empíricos. Cada um destes componentes integra o anterior, organizando-se assim de um nível de abstração mais metafísico para um mais concreto.

A investigação enquanto orientadora da prática assistencial de enfermagem tem-se assumido como um desafio transformador do contexto cultural e social que caracteriza o ambiente clínico. A produção de conhecimento na área de enfermagem enquanto disciplina tem sido crescentemente reconhecida como fundamental não só para o ensino, mas também para o exercício da profissão (Camargo et al., 2017).

Segundo consta no Regulamento das Competências Comuns do EE (OE, 2019), há um reconhecimento crescente da responsabilidade de descodificar, disseminar e conduzir processos investigativos relevantes e pertinentes para a Enfermagem enquanto disciplina e profissão. Somente através da produção de conhecimento em Enfermagem se torna possível avançar e melhorar continuamente a prática de cuidados prestados.

A mudança da prática de enfermagem baseada em evidências assume-se como a alteração da prática clínica que ocorre através da aquisição de conhecimentos, competências e alteração de condutas que permitem sustentar a tomada de decisão, contribuindo não só para a melhoria da qualidade, mas também para uma maior segurança (Camargo et al., 2017). Neste sentido, dado que a temática do presente Relatório de Estágio foi impulsionada pela realização de uma Intervenção Profissional *Major* e, por sua vez, esta foi sustentada por um processo investigativo cujo objetivo se constituía na otimização da qualidade dos cuidados de saúde prestados, considera-se importante conceptualizar teoricamente o Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidência (MMPBE), fundamentando a sua escolha.

Este modelo tem sido reconhecido como um importante contributo para a alteração da prática de cuidados de enfermagem (Camargo et al., 2017), nomeadamente em contexto de cuidados intensivos (Larrabee, 2011). A sua origem remonta a 1999, tendo sido apresentado nos Estados Unidos da América por Rosswurn e Larrabee (Camargo et al., 2017). Posteriormente, foi realizada uma revisão do mesmo em 2009 pela autora Larrabee, a qual culminou na sua versão mais atual (Larrabee, 2011). Segundo a mesma autora, o MMPBE consiste na integração da melhor evidência científica obtida através da revisão sistemática da literatura concomitantemente com a experiência clínica individual. Estes fatores irão orientar a tomada de decisão, atendendo igualmente às preferências dos utentes, permitindo uma prática de cuidados holística, personalizada e individual que vislumbre a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados prestados (Larrabee, 2011).

Larrabee (2011), descreve que o MMPBE se desenvolve em seis etapas distintas que, embora tenham um carácter sequencial, não são estritamente lineares e unidirecionais. São dinâmicas, permitindo o reajuste de etapas precedentes sempre que se verifique necessário. Estas etapas são então:

1. Identificar as necessidades de mudança da prática;
2. Localizar e sumarizar as melhores evidências científicas;
3. Analisar criticamente as evidências científicas selecionadas;
4. Planear a mudança da prática;
5. Implementar e avaliar a mudança da prática;
6. Integrar e manter a alteração da prática.

Enquadrado sucintamente o modelo teórico-conceptual que sustentou o desenvolvimento da IPM, torna-se pertinente abordar o contexto clínico que a envolveu.

2.2 A Pessoa em Situação Crítica no contexto de Doença Cardiovascular

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte em todo o mundo. Em 2019, estima-se que tenham provocado cerca 17,9 milhões de óbitos, o que representa 32% de todas as mortes globais. Comparativamente a 2007, isto refletiu-se num aumento de 21,1% (AHA, 2020; OMS, 2021). Segundo o relatório “Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares em Números 2015”, embora se assista a uma melhoria global dos indicadores de doenças cardiovasculares a nível nacional na última década (nomeadamente um decréscimo do número de óbitos por doenças do aparelho circulatório), pode-se constatar que as doenças do aparelho circulatório são a principal causa de morte (DGS, 2016a). Isto vai ao encontro de dados fornecidos pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), que revelam que, em 2018, as principais causas de morte em Portugal foram as doenças do aparelho circulatório (29,0% do total de óbitos), nas quais se destacam as doenças cerebrovasculares e a doença isquémica cardíaca (INE, 2020).

As doenças cardiovasculares encontram-se frequentemente associadas a fatores de risco relacionados com determinados estilos de vida. Dentro destes incluem-se *stress*, dietas inadequadas, obesidade, sedentarismo, alcoolismo, tabagismo e patologias crónicas como a hipertensão arterial, síndromes metabólicas, diabetes e processos ateroscleróticos (Ministério da Saúde, 2018; Timóteo et al., 2019).

Considera-se que as doenças cardiovasculares representam, assim, frequentes causas de morbilidade que poderão originar quadros complexos de instabilidade clínica que caracterizam o doente crítico e, até mesmo, contribuir para taxas de mortalidade (Taurino, 2019).

O doente crítico, igualmente denominado como pessoa em situação crítica, é aquele “cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.” (OE, 2018, p. 19362). Relacionando esta definição com o doente crítico cardíaco, pode-se afirmar que este encontra a sua sobrevivência ameaçada por disfunção profunda ou falência do sistema cardiovascular devido a eventos críticos patológicos como, por exemplo, o EAM, Arritmias graves, Estenose Aórtica Severa, Tamponamento Cardíaco, entre outros.

Perante quadros agudos e críticos associados à patologia cardiovascular, verifica-se a necessidade crescente de prestar cuidados que vão ao encontro da complexidade dos mesmos.

Para tal, os internamentos em Serviços de Cardiologia tornam-se insuficientes, sendo fundamental prestar cuidados de saúde altamente especializados a este tipo de doentes em Unidades de Cuidados Intensivos Cardíacos (Monteiro et al., 2020).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da PSC assume assim um papel essencial na prestação de cuidados de saúde ao doente crítico cardíaco. A sua prática clínica é considerada altamente especializada e qualificada, tendo a capacidade de responder eficazmente às necessidades identificadas. Além disso, as funções básicas de vida do doente são salvaguardadas, atendendo igualmente à prevenção de complicações e à limitação de incapacidades decorrentes do quadro clínico dos utentes, considerando a maximização da sua recuperação total (OE, 2018).

2.3 O doente crítico cardíaco em contexto perioperatório

As doenças cardiovasculares requerem uma adesão eficaz ao regime terapêutico por parte dos utentes. Quando esta não ocorre devidamente e/ou se utilizam estilos de vida não saudáveis, podem ocorrer episódios de agudização da doença com múltiplas complicações. Na tentativa de responder adequadamente à complexidade de tais cuidados, os tratamentos direcionados para a patologia cardíaca têm vindo a ser aperfeiçoados. Neste sentido, surge a Cirurgia Cardíaca, a qual se assume como uma opção terapêutica indicada para doença cardiovascular com maior gravidade (Barretta & Dallacosta, 2018). Apesar do crescimento constante na área de técnicas de intervenção não cirúrgicas, a Cirurgia Cardíaca continua a assumir-se como insubstituível para o tratamento de doenças cardiovasculares congénitas e/ou adquiridas (DGS, 2016).

Perante a incidência crescente e predominância da doença coronária, verifica-se que esta tem assumido especial destaque para atividade da Cirurgia Cardíaca em Portugal. Atualmente, embora se verifique um amplo desenvolvimento de técnicas de intervenção percutânea, constata-se que a cirurgia coronária (isolada ou combinada com a cirurgia valvular) assume um lugar de relevo, representando mais de um terço da atividade cirúrgica (DGS, 2016). Contudo, perante todas as suas especificidades, estas cirurgias são consideradas das mais complexas. Durante o procedimento cirúrgico ocorrem várias alterações a nível fisiológico que incorrem em riscos associados para o doente, nomeadamente a necessidade de circulação extracorpórea (Taurino, 2019). Posto isto, conclui-se que a especificidade e complexidade da

cirurgia cardíaca por si só pode predispor a ocorrência de erros e comprometer a segurança do doente (Thomé et al., 2021).

Dentro dos vários tipos de cirurgia cardíaca, incluem-se a revascularização do miocárdio, a substituição valvular aórtica, entre outras, cujo objetivo primordial é melhorar o estado de saúde dos doentes, corrigindo ou minimizando focos de instabilidade. As cirurgias cardíacas mais comuns são as reconstrutoras, as quais revelam um grau de complexidade que requer um tratamento adequado em todas as fases operatórias (Taurino, 2019).

O doente crítico cardíaco com indicação para tratamento cirúrgico pode, assim, ser integrado na pessoa em situação perioperatória, a qual será submetida a atos cirúrgicos e anestésicos que acarretam consigo vulnerabilidade e riscos inerentes a tais procedimentos (OE, 2018). O ambiente perioperatório caracteriza-se por alta tecnologia, controlo rigoroso e um elevado número de dispositivos médicos. Além disso, envolve intensos fluxos de comunicação entre várias equipas interdisciplinares e múltiplas transições de cuidados que aumentam a vulnerabilidade do doente e o predisõem à ocorrência de erros (OE, 2017). Perante isto, os elementos que compõem equipas de saúde devem ser detentores de elevadas competências técnico-científicas que lhe permitam a procura de uma prática de cuidados de excelência.

O período perioperatório do doente crítico cardíaco caracteriza-se, claramente, por instabilidade clínica e particularidades específicas. Os profissionais de saúde, inclusivamente os enfermeiros, devem basear a sua prática clínica considerando a complexidade dos cuidados neste contexto, mobilizando competências técnico-científicas adequadas para que a assistência perioperatória seja individualizada, holística, contínua e planeada (Taurino, 2019).

O conceito de enfermagem perioperatória emergiu através da *Association of Operating Room Nurses*, em 1969. A sua definição assume-se como o conjunto de intervenções de enfermagem realizadas durante os períodos pré, intra e pós-operatório. Esta definição é corroborada por Ferrito (2014), que refere que os cuidados de enfermagem prestados ao utente no período perioperatório devem ser impulsionados pela necessidade de responder eficazmente às exigências das fases pré, intra e pós-operatórias. Neste sentido, atendendo ao que foi anteriormente exposto e ao grau de complexidade que caracteriza o doente crítico cardíaco em contexto perioperatório, considera-se que os profissionais de enfermagem devem sustentar a sua prática clínica em projetos e programas de melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de saúde prestados. Com base nestes pressupostos, surge o desenvolvimento de uma Intervenção Profissional *Major* relacionada com a temática em estudo, a qual será descrita seguidamente.

3 INTERVENÇÃO PROFISSIONAL *MAJOR*

De acordo com o Regulamento de Funcionamento do Mestrado em Enfermagem da Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde (AESES), o grau de mestre pressupõe que o estudante adquira uma especialização profissional, aprofundando conhecimentos técnico-científicos quer a nível teórico como prático, para que possa aplicá-los na área em estudo. Além disso, deve ser capaz de compreender e resolver problemas em contextos abrangentes, construindo a sua aprendizagem ao longo da vida pessoal, profissional, cultural e técnica (AESES, 2017). Baseando-se nestes pressupostos, este Curso de Mestrado com Especialização em EMC-PSC, permitiu aos mestrandos traçar o seu percurso e consolidar simultaneamente a sua aprendizagem a nível teórico-prático em diferentes contextos clínicos através de estágios. O estágio final foi o culminar destas oportunidades. Com o intuito de ser concretizado com sucesso e de permitir o desenvolvimento de competências diferenciadas, exigiu a implementação de uma Intervenção Profissional *Major*, o qual deu origem ao tema deste Relatório de Estágio.

Tal como enunciado na fase introdutória deste Relatório de Estágio, esta IPM foi realizada de acordo com as orientações da Metodologia de Projeto, a qual se desenvolve em etapas distintas. Esta metodologia pode ser considerada um processo investigativo cujo objetivo se centra na pesquisa, identificação, análise e resolução de problemas reais de determinado contexto, exigindo a implementação de estratégias e intervenções eficazes. Assim, pode-se afirmar que esta metodologia promove uma prática baseada na evidência devidamente fundamentada (Ruivo et al., 2010).

3.1 Fundamentação

A comunicação assume-se como um fator preponderante na interação social estabelecida pelos seres humanos desde os primórdios da humanidade, concretizando-se através de formas verbais, de linguagem gestual e de meios não-verbais, como o toque, a postura, entre outros (Coriolano-Marinus et al., 2014).

É um processo dinâmico, contínuo e, por vezes, complexo através do qual se transmitem mensagens e se compreendem os seus significados (Potter & Perry, 2006). A sua complexidade depende evidentemente da oportunidade de se exprimir e permitir ao outro que o faça, sendo necessário escutá-lo e compreendê-lo, mas também interpretar as próprias emoções,

pensamentos e reações que daí advêm (Phaneuf, 2005). Perante isto, este processo deve envolver reciprocidade e autenticidade entre os envolventes (Potter & Perry, 2006).

Na área da saúde e, nomeadamente, na profissão de enfermagem, a comunicação poderá acarretar consigo múltiplos desafios para os profissionais e para os utentes (Santos et al., 2010).

Os enfermeiros utilizam técnicas de comunicação verbal, não-verbal e tecnológicas no seu âmbito de atuação pessoal e profissional, transmitindo e recebendo informação através de meios presenciais, telefónicos, eletrónicos e/ou por escrito (Potter & Perry, 2006).

Além disso, a comunicação estabelecida entre os enfermeiros e os utentes é um dos pilares da criação de uma relação de ajuda, a qual possui particularidades específicas (Phaneuf, 2005). O ato de comunicar destaca-se, assim, como um processo em que se compartilha apoio entre o profissional de saúde, o beneficiário de cuidados e a sua respetiva família (Coriolano-Marinus et al., 2014).

Tal como qualquer outra estratégia terapêutica, a comunicação pode ter consequências positivas ou negativas para o processo de cuidar. Caso seja inexistente ou inadequada, pode originar problemas graves quer para o utente como para o próprio enfermeiro, uma vez que aumenta a predisposição para a ocorrência de erros e diminui a credibilidade profissional. Além disso, terá igualmente impacto no sistema de saúde, uma vez que leva a custos acrescidos para o utente e para a própria instituição (Potter & Perry, 2006).

Atualmente, a segurança do doente é um dos desafios prementes na área da saúde, pelo que o reconhecimento de erros e eventos adversos que aumentem riscos e comprometam a saúde dos utentes se considera prioritário. Deste modo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) defende a criação de estratégias e soluções que identifiquem precocemente situações de risco e as previnam atempadamente (OMS, 2021a). Dentro destas estratégias, destaca-se a comunicação, a qual é reconhecida em larga escala como um determinante da qualidade e da segurança da prática clínica (Santos et al., 2010).

3.1.1 Segurança do doente: agente promotor da qualidade em saúde

A segurança do doente remete para um enunciado descritivo dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), para que o EE em EMC alcance a excelência do seu exercício profissional, este

deve gerir os riscos e o ambiente que caracterizam a sua prática clínica, adequando a sua resposta e salvaguardando a segurança de todos os intervenientes (OE, 2017).

Em pleno século XXI, os danos provocados aos utentes por práticas de cuidados não seguras são um dos crescentes desafios que a saúde pública global enfrenta. Estes danos, muitos deles evitáveis, são uma das principais causas de morte e invalidez em todo o mundo (OMS, 2021a).

A OMS defende que a criação de um ambiente clínico estratégico e coordenado é essencial, uma vez que permite uma abordagem à segurança do utente centralizada nas causas mais comuns para a ocorrência de danos evitáveis e formas de as prevenir (OMS, 2021a).

Baseada nestes pressupostos, a OMS criou o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente, sendo que o mais atual entrou em vigor em 2021 e estende-se até 2030. Este plano foi formulado baseando-se em sete objetivos estratégicos:

- 1. Policies to eliminate avoidable harm in health care;*
- 2. High-reliability systems;*
- 3. Safety of clinical processes;*
- 4. Patient and family engagement;*
- 5. Health worker education, skills and safety;*
- 6. Information, research and risk management;*
- 7. Synergy, partnership and solidarity. (OMS, 2021a, p. 14).*

Tendo em consideração não só estes objetivos, mas também as recomendações de desenvolvimento sustentável das Nações Unidas, Portugal criou o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) de 2021 a 2026, cujo seu objetivo é “consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, (...) sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente” (Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2021, p. 97). Este plano encontra-se, assim, estruturado em cinco pilares (Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2021):

1. Cultura de segurança;
2. Liderança e governança;

3. Comunicação;
4. Prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente;
5. Práticas seguras em ambientes seguros.

Refletindo um pouco sobre o antigo PNSD, o qual decorreu de 2015 a 2020, constata-se que a comunicação se refletia igualmente no seu segundo objetivo estratégico (num total de nove): “2) Aumentar a segurança da comunicação” (Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, 2015, pp. 3882-(3)). Neste âmbito, em 2017, a Direção-Geral da Saúde (DGS) criou a Norma 001/2017 intitulada como “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”. O seu objetivo principal foi, então, disponibilizar informações, orientações e recomendações neste contexto, visando a uniformização de procedimentos para salvaguardar a máxima segurança do doente durante as transições de cuidados (DGS, 2017).

Atualmente, o PNSD 2021-2026 faz referência à comunicação efetiva, considerando-a “essencial ao longo de todo o ciclo de cuidados, com particular destaque para os momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde” (Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2021, p. 100).

Deste modo, compreende-se que a comunicação efetiva se tem destacado como fundamental para a segurança dos doentes quer a nível mundial como nacional, assumindo especial relevância em momentos de transição de cuidados de saúde (OMS, 2021a; Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2021).

3.1.2 Comunicação efetiva: uma intervenção de enfermagem durante a transição de cuidados

Num mundo repleto de constantes mudanças provocadas por desafios e descobertas na área da saúde, alterações ambientais e determinantes sociais, económicos e geopolíticos, os seres humanos experienciam múltiplos momentos de transição que podem levar à aquisição de mecanismos de *coping* para lidar com os mesmos ou, pelo contrário, à diminuição do seu “eu” (Meleis, 2010).

Segundo a Teoria das Transições desenvolvida por Afaf Meleis, estas podem, então, ser desencadeadas por eventos críticos ou alterações individuais e/ou ambientais. A sua definição remete para as mudanças que ocorrem durante o processo de passagem de um estado

relativamente estável para outro. Estes processos conduzem os indivíduos a vivenciar fases dinâmicas, marcos e pontos de viragem que ocorrem ao longo do tempo e criam desequilíbrios, incertezas, perturbações e/ou conflitos intra e interpessoais (Meleis, 2010).

De uma forma geral, compreende-se, assim, que as transições podem gerar *empowerment* e crescimento pessoal ou provocar exatamente o contrário. Deste ponto de vista, podem ser encaradas como um período vulnerável que necessita de apoio para que se promova crescimento pessoal, mecanismos de *coping* e resiliência para lidar com períodos de instabilidade (Meleis, 2010).

A DGS (2017) corrobora algumas afirmações de Afaf Meleis, considerando as transições de cuidados de saúde como períodos críticos e vulneráveis que podem comprometer a segurança do doente pelo risco de erro inerente à transmissão de informação.

A transição de cuidados de saúde é, então, definida como qualquer momento de transferência da responsabilidade de cuidados que envolve trocas de informação entre profissionais, visando a sua continuidade e segurança (DGS, 2017).

Contudo, para que a comunicação estabelecida seja eficaz entre os profissionais de saúde, a transmissão de informação entre os mesmos deve ser precisa, completa, oportuna, atempada, sem ambiguidade e compreendida (DGS, 2017).

Atendendo ao seu grau de vulnerabilidade e à predisposição para a ocorrência de erros, é fundamental que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, criem e adotem mecanismos que minimizem esses riscos durante as transições de cuidados, promovendo a segurança da PSC. Dentro destes mecanismos, destaca-se a comunicação efetiva.

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (2016), a “comunicação efetiva” é um foco de enfermagem cuja sua descrição remete à “comunicação”. Por sua vez, esta é definida como "Comportamento interativo: dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não verbais face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados." (OE, 2016, p. 47).

Contudo, além de se assumir como um foco de enfermagem, a comunicação efetiva pode ser igualmente uma intervenção de enfermagem que visa a segurança do doente durante os momentos de transição de cuidados.

Na área de EMC-PSC, o EE é responsável por demonstrar conhecimentos e habilidades na implementação de estratégias de comunicação, adaptando-a à complexidade do estado de saúde do doente crítico (OE, 2018).

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem (PQCEE) evidenciam a relevância da comunicação não só para os cuidados gerais prestados, mas também para a prática de enfermagem especializada. Em EMC-PSC, o EE deve gerir a comunicação interpessoal que estabelece e a informação que fornece, inclusivamente aquela que presta ao doente crítico e à sua família durante a vivência de um processo complexo de falência ou eminência de falência multiorgânica (OE, 2017).

Sintetizando a informação anteriormente descrita, compreende-se que a comunicação efetiva entre a equipa de cuidados é essencial, particularmente na equipa de enfermagem. Além disso, assume-se como fulcral nos cuidados à PSC em todas as suas vertentes, durante todos os momentos de transição de cuidados e em todos os seus contextos, inclusivamente no período perioperatório, o qual poderá acarretar consigo maiores riscos.

Assim, conclui-se que a comunicação efetiva da equipa de enfermagem durante a transição de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório contribui para a sua segurança, como se poderá constatar seguidamente.

3.1.2.1 Comunicação durante a transição de cuidados do doente crítico cardíaco no perioperatório

Segundo Becker & Lane-Fall (2017), o período perioperatório encontra-se revestido de intensos fluxos de comunicação e múltiplas transições de cuidados que envolvem vários profissionais de saúde, algo corroborado pela Ordem dos Enfermeiros (2017).

As transições de cuidados em ambiente perioperatório acarretam consigo maior vulnerabilidade e riscos acrescidos aos cuidados de saúde prestados, pelo que é fundamental que os enfermeiros sustentem a sua prática em competências técnico-científicas e não-técnicas (nomeadamente, a comunicação) que lhes permitam aproximar-se de uma prestação de cuidados de excelência (OE, 2017). Becker & Lane-Fall (2017) reforçam esta ideia, referindo que existe um enfoque crescente na área da comunicação em contexto perioperatório enquanto estratégia promotora da segurança do doente, particularmente nos seus momentos de transições de cuidados.

Refletindo sobre o percurso do doente crítico num hospital, verifica-se que este nem sempre é linear e que pode ser caracterizado por múltiplas transferências de cuidados. As que ocorrem em contexto perioperatório não são exceção (Becker & Lane-Fall, 2017).

A PSC pode transitar de um Serviço de Urgência para um Bloco Operatório a fim de realizar intervenções cirúrgicas de emergência; de um Bloco Operatório para uma Unidade de Cuidados Intensivos ou vice-versa para revisões e/ou procedimentos de emergência; entre outros. Assim, contata-se que o doente crítico pode claramente vivenciar várias transições de cuidados em contexto perioperatório ao longo dos procedimentos cirúrgicos a que é submetido (Becker & Lane-Fall, 2017).

Considerando as transições de cuidados de doentes críticos que ocorrem entre uma Unidade de Cuidados Intensivos e um Bloco Operatório, verifica-se que estas são um período particularmente vulnerável, uma vez que o quadro clínico dos utentes é instável e os procedimentos cirúrgicos são urgentes/emergentes. Neste contexto, a comunicação efetiva assume-se como essencial (Becker & Lane-Fall, 2017). No entanto, por vezes, existem barreiras que podem dificultar o seu estabelecimento de forma eficaz e contribuir, conseqüentemente, para a ocorrência de complicações perioperatórias, comprometendo a segurança dos doentes. Algumas destas barreiras são: ambientes stressantes e inapropriados (Dusse et al., 2021); alta pressão associada à instabilidade clínica dos utentes e intercorrências no seu quadro clínico (Reine et al., 2020); distrações e interrupções (Agarwala et al., 2019; Dusse et al., 2021); utilização de técnicas de comunicação não estruturadas (Dusse et al., 2021); e escassez de tempos adequados e direcionados para as transições de cuidados (Agarwala et al., 2019; Dusse et al., 2021).

Embora se verifique a existência de barreiras associadas à transição de cuidados do doente crítico no perioperatório, existem igualmente mecanismos que poderão facilitar estes processos e assim contribuir para a sua melhoria. São vários os estudos que defendem a utilização de instrumentos, *checklists* e/ou protocolos durante as transições de cuidados em contexto perioperatório, uma vez que permitem organizar, sistematizar e uniformizar as mesmas. Além disso, são consideradas ferramentas valiosas por possibilitarem a prevenção e diminuição de erros e/ou perdas de informação importantes que, conseqüentemente, minimizarão as complicações para o utente, promovendo a sua segurança (Becker & Lane-Fall, 2017; Hall et al., 2017; Pokojová & Bártlová, 2018; Wilbanks et al., 2018).

Todos estes pressupostos sustentam a ideia de que a comunicação deve ser treinada, aperfeiçoada e sustentada por diversos métodos, contribuindo para a melhoria da qualidade das transições de cuidados do doente crítico em contexto perioperatório.

De acordo com um Consenso elaborado por *experts* da *Anesthesia Patient Safety Foundation*, as distrações e interrupções que ocorrem durante as transições de cuidados devem então ser minimizadas (Agarwala et al., 2019), sendo para isso necessária a criação de tempos adequados e direcionados para este processo (Agarwala et al., 2019), algo corroborado por Dusse et al. (2021) e pela própria OMS (OMS, 2021a).

Tal como enunciado na Norma 001/2017 da DGS, a transferência de informação deve ser clara, completa, concisa, consistente e interativa, resumindo o utente e as suas informações relevantes (DGS, 2017). Agarwala et al. (2019) reforça a ideia de que, durante este processo, os intervenientes devem falar um de cada vez, respeitando-se mutuamente, pois as suas informações possuem um valor semelhante. Além disso, devem igualmente demonstrar-se recetivos a questões, dúvidas e preocupações.

É impreterível que todos os profissionais de saúde envolvidos em transições de cuidados perioperatórios tenham formação e treino na área, pelo que se deve investir no desenvolvimento de programas neste âmbito. Por sua vez, estes devem ser apoiados e garantidos por líderes e elementos de chefia (Agarwala et al., 2019).

Além disso, é consensual em vários estudos que as transições de cuidados em contexto perioperatório devem encaradas como um processo estruturado e/ou padronizado. Para tal, a utilização de instrumentos de comunicação, *checklists* e/ou protocolos estruturados torna-se indispensável, conduzindo a transmissão de informação e auxiliando a comunicação estabelecida (Becker & Lane-Fall, 2017; Hall et al., 2017; Wilbanks et al., 2018; Agarwala et al., 2019; Talley et al., 2019; Leonardsen et al., 2019; Reine et al., 2020; Dusse et al., 2021; Nasiri et al., 2021).

Entre as várias hipóteses, indo ao encontro do que está recomendado em Portugal através da Norma 001/2017 (DGS, 2017), alguns autores fazem referência à utilização da técnica de comunicação ISBAR (*Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation*) por ser um instrumento padronizado de comunicação em saúde que promove a segurança do doente em todos os contextos de transição de cuidados (Leonardsen et al., 2019; Reine et al., 2020; Dusse et al., 2021).

ISBAR é um acrónimo que serve de mnemónica para auxiliar a transmissão de informação verbal durante estes processos de forma simples, pois permite a memorização de construções complexas (DGS, 2017). Através dos seus elementos, permite sistematizar as principais informações relevantes a transmitir de forma completa, estruturada e lógica, reduzindo a sua omissão e, por conseguinte, aumentar a segurança do doente (Leonardsen et al., 2019).

Tais aspetos foram evidenciados num estudo de Talley et al. (2019), o qual concluiu que, após implementar um instrumento estruturado de transição de cuidados no período pós-operatório, os enfermeiros referiram melhoria da comunicação estabelecida, maior satisfação profissional durante o processo, aumento de transferências de informação estruturadas, melhoria dos cuidados prestados e aumento da segurança dos utentes.

Além deste estudo, também outro elaborado por Leonardsen et al. (2019) demonstrou que a implementação da técnica de comunicação ISBAR entre a saída da sala operatória e a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos conduziu a transferências de informação relevantes, estruturadas, completas, lógicas e eficazes. Em acréscimo, verificou-se igualmente a redução da omissão de informações significativas que levou à melhoria da qualidade e segurança dos cuidados, bem como ao aumento da satisfação dos profissionais.

Com base na evidência científica encontrada, conclui-se que a implementação de projetos de melhoria das transições de cuidados do doente crítico no período perioperatório aumentam a quantidade e a qualidade destes processos, o que acarreta consigo maior segurança para a prática clínica (Talley et al., 2019; Agarwala et al., 2019; Leonardsen et al., 2019; Nasiri et al., 2021; Dusse et al., 2021).

Considera-se que todos estes fundamentos são sobreponíveis ao doente crítico cardíaco em contexto perioperatório, uma vez que os processos a que é submetido são equiparáveis ao doente crítico em todas as suas vertentes.

3.2 Diagnóstico de situação

Após realizado o enquadramento teórico da temática em estudo, no qual se demonstrou a sua pertinência, inicia-se a descrição detalhada de cada etapa da metodologia de projeto delineada para esta IPM. Esta metodologia tem como principal objetivo resolver problemas e/ou

carências identificadas na prática. Por conseguinte, a sua implementação permite a aquisição de aptidões e competências teóricas que sustentam a prática (Ruivo et al., 2010).

A etapa de diagnóstico de situação é entendida como a fase inicial da metodologia de projeto, permitindo a identificação de áreas que poderão beneficiar de intervenção. Nesta etapa realiza-se, assim, um modelo descritivo contínuo da realidade em que se pretende intervir (Ruivo et al., 2010). Esta primeira etapa coaduna com a primeira fase do MMPBE, na qual ocorre a identificação das necessidades de mudança da prática, reconhecendo-se oportunidades de melhoria (Larrabee, 2011).

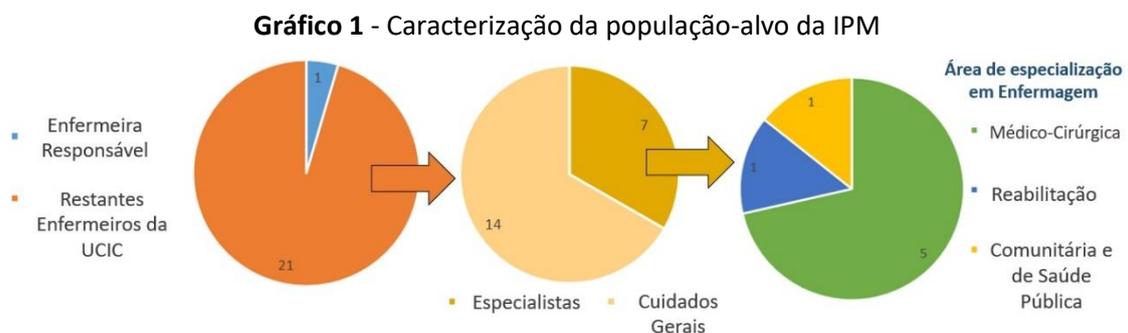
Para iniciar o diagnóstico de situação desta IPM, considera-se fundamental caracterizar a sua população-alvo. Uma vez que o Estágio Final onde se realizou esta IPM decorreu numa UCIC inserida num Serviço de Cardiologia, a população-alvo foi composta por todos os elementos da equipa de enfermagem que exerciam funções na UCIC durante o período de implementação do projeto (13 de setembro de 2021 a 28 de janeiro de 2022).

Como já foi anteriormente referido na apreciação do respetivo contexto clínico, inicialmente, a equipa de enfermagem era composta por 27 enfermeiros na sua totalidade.

Os critérios de inclusão delineados foram então: enfermeiros; em funções na UCIC.

Contudo, para a implementação desta IPM foram excluídas três enfermeiras em Licença de Maternidade, as quais se encontravam ausentes do serviço, e dois outros elementos da equipa que saíram do hospital antes da IPM. Deste modo, a população-alvo constituiu um universo de 22 enfermeiros.

No Gráfico 1 encontra-se, então, a caracterização da população-alvo de acordo com os dados colhidos no contexto clínico.



Fonte: Dados colhidos no Serviço de Cardiologia

Além dos dados representados neste gráfico, importa referir igualmente que, no núcleo de Enfermeiros de Cuidados Gerais, existem quatro elementos a frequentar um Curso de Mestrado com Especialização (três em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e um em Enfermagem Médico-Cirúrgica).

Após ser caracterizada a população-alvo e serem validados os critérios de inclusão na IPM, seguiu-se a realização da avaliação diagnóstica da situação, a qual ocorreu em quatro fases distintas.

Numa primeira fase, realizaram-se entrevistas não estruturadas com a Enfermeira Responsável do serviço e com a Enfermeira Orientadora acerca das lacunas a colmatar. Durante estas entrevistas, ambas as enfermeiras consideraram como pertinente relacionar a IPM com a importância das transições de cuidados do doente crítico cardíaco na tentativa de as uniformizar com a Norma 001/2017 da DGS.

Na instituição em questão, a especialidade de Cirurgia Cardíaca dava os seus primeiros passos, realizando-se já algumas Pericardiocenteses Cirúrgicas, o que evitava a necessidade de encaminhar utentes para outros Centros Hospitalares. Além disso, como já foi referido anteriormente, a Unidade Hospitalar tinha como objetivo iniciar esta especialidade de uma forma mais diferenciada no ano de 2022, adaptando os seus recursos físicos, materiais e humanos. Quer as equipas da UCIC, como do Bloco Operatório e da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente receberam formação na área, pelo que a sua implementação se considerava próxima. Perante isto, uma vez que o doente crítico em situação perioperatória se revelava uma forte área de interesse, optou-se por fundir as temáticas, do qual resultou o tema das transições de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório.

Como segunda etapa do diagnóstico de situação, seguiu-se a observação e análise reflexiva do contexto clínico, o qual se focou na eficácia da comunicação estabelecida pela equipa de enfermagem relativamente ao doente crítico cardíaco em contexto perioperatório. Para isso, recorreu-se à análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats*).

A análise SWOT, denominada em Portugal como análise FOFA (Forças, Oportunidades, Fraquezas, Ameaças) representa uma importante ferramenta dinâmica que deriva da área de gestão. De acordo com os seus pressupostos, não importa somente conhecer a situação atual, mas sim confrontá-la com o passado, o presente e a sua evolução no futuro. Esta análise permite recolher dados importantes em duas vertentes distintas: interna/individual (pela identificação de pontos fortes e fracos) e externa/ambiental (pelas oportunidades e ameaças associadas).

Partindo desta colheita de dados, surge uma análise e um planeamento estratégico sustentado por potencialidades, problemas a resolver, riscos associados e prioridades de resolução (Afonso et al., 2013).

Reconhecendo a sua importância e aplicabilidade, após ter sido identificado o problema, foi então elaborada uma análise SWOT associada ao contexto onde o estágio decorreu (Tabela 1). Esta análise permitiu, assim, refletir sobre o ambiente interno e externo que caracteriza a UCIC e, por conseguinte, planear e conduzir as seguintes etapas da metodologia de projeto desenvolvida.

Tabela 1 - Análise SWOT

	<i>Strenghts (Forças)</i>	<i>Weaknesses (Fraquezas)</i>
F A T O R E S I N T E R N O S	<ul style="list-style-type: none"> - Equipa de enfermagem relativamente jovem, dinâmica e proactiva; - Reconhecimento da importância do tema para a melhoria da segurança e qualidade dos cuidados prestados ao doente crítico cardíaco, demonstrado pela Enfermeira Responsável, Enfermeira Orientadora e Docente Orientadora; - Possibilidade de incluir uma formação em serviço sobre o tema no Plano Anual de Formação em Serviço; - Recetividade e interesse demonstrados pelo tema por parte da equipa de enfermagem; - Melhoria de desempenhos individuais e coletivos da equipa de enfermagem durante transições de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório; - Interesse pela possibilidade futura de implementar instrumentos de registo estruturado relacionados com a temática. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ausência de instrumentos de registo estruturado padronizados e uniformizados de acordo com a Norma 001/2017 da DGS; - Vulnerabilidade e riscos associados a uma comunicação pobre e pouco eficaz durante os momentos de transição de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório. - Conhecimento insuficiente da equipa de enfermagem sobre a temática em questão. - Escassez de pessoas detentoras de conhecimentos suficientes para a implementação de técnicas de comunicação efetiva durante a transição de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório.
Análise SWOT		
	<i>Oportunities (Oportunidades)</i>	<i>Threats (Ameaças)</i>
F A T O R E S	<ul style="list-style-type: none"> - Especialidade de Cirurgia Cardíaca a iniciar na Instituição; - Instituição Hospitalar que investe em programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados ao doente e sua segurança; 	<ul style="list-style-type: none"> - Descrença pelos benefícios associados à implementação de técnicas de comunicação efetiva durante transições de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório; - População-alvo largamente abrangente;

E S E X T E R N O S	<ul style="list-style-type: none"> - Uniformização de instrumentos de registo que permitam uma comunicação eficaz durante transições de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório; - Prática baseada na evidência. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ausência de elementos do serviço por atestados de longa duração; - Possibilidade de cansaço da equipa multidisciplinar associado à sobrecarga horária; - Limitações de distanciamento impostas pelo atual contexto pandémico; - Limitações/dificuldades na utilização de técnicas de comunicação efetiva durante transições de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório.
--	---	---

Fonte: da própria

Após a realização desta segunda etapa do diagnóstico de situação, numa terceira fase, realizou-se uma auditoria à comunicação estabelecida pela equipa de enfermagem durante os momentos de transição de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório. Esta focou-se essencialmente nos instrumentos que auxiliam o estabelecimento da comunicação durante estes processos, recorrendo-se à Norma nº 001/2017 da DGS (DGS, 2017). Através desta análise, concluiu-se que existia apenas um instrumento de registo utilizado para facilitar a comunicação estabelecida durante a transição de cuidados do doente submetido a Pacemaker Definitivo na UADCI. Contudo, este instrumento não se encontrava elaborado de acordo com as atuais recomendações da DGS, nomeadamente a técnica de comunicação ISBAR. Além disso, constatou-se igualmente a ausência de instrumentos de registo que facilitassem as transferências de informação de doentes propostos à realização de TAVI e cirurgia cardíaca quer em âmbito intra-hospitalar, como inter-hospitalar.

Através da realização desta auditoria inicial avaliou-se, então, o índice de conformidade da comunicação estabelecida durante a transição de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório. Na Figura 1 (presente na próxima página) encontra-se o valor deste resultado, o qual revelou que o índice de conformidade era inferior a 50%.

Figura 1 - Resultado da auditoria inicial

Instrumento de Auditoria				
Norma "Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde"				
Unidade: Unidade de Cuidados Intensivos Coronários				
Momentos da transição de cuidados:				
<input type="radio"/> Admissão hospitalar <input type="radio"/> Admissão na unidade de cuidados de saúde primários <input type="radio"/> Admissão na unidade de cuidados continuados integrados <input checked="" type="radio"/> Alta hospitalar*				
Data: ___/10/2021				
Equipa auditora: Joana Pisco				
Critérios	Sim	Não	N/A	Evidência / Fonte
1. Na transição de cuidados é utilizada a técnica de comunicação ISBAR?		X		
2. Na transição de cuidados, sem prejuízo das situações a que se refere o nº 1 do Despacho nº 2784/2013, de 11 de fevereiro, é utilizada a técnica de comunicação ISBAR?		X		
3. Nos momentos vulneráveis/críticos, a transferência de informação entre profissionais é prioritária?	X			
4. Os responsáveis pelo processo de transmissão de informação, na transição de cuidados, estão identificados de forma inequívoca?	X			
5. A transmissão de informação nas transições ocorre de forma escrita?	X			
6. A instituição assegura formação aos profissionais envolvidos no processo de transferência de informação sobre a técnica ISBAR?		X		
7. A instituição monitoriza o processo de transferência de informação nos termos do Despacho nº 2784/2013?		X		
Subtotal	3	4	1	
ÍNDICE CONFORMIDADE (IC)	42,857 %			

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

*Entenda-se como alta hospitalar todos os momentos de:

- Transferências inter-hospitalares, cujo objetivo é a realização de cirurgia cardíaca noutra hospitalar de destino;
- Transferências intra-hospitalares entre serviços para realização de procedimentos na UADCI e/ou cirurgias no B.O.

Fonte: Grelha de auditoria adaptada de DGS (2017)

Em última instância, com o objetivo de avaliar os conhecimentos e a perceção da equipa de enfermagem da UCIC sobre a temática em estudo, foi solicitada a sua colaboração para responder a um questionário próprio formulado através da plataforma *online Google Forms*[®] (presente no Apêndice 1). Para que fosse respondido pela mesma via, foi solicitada a participação voluntária dos elementos da equipa de enfermagem via *e-mail*.

Relativamente à estrutura deste questionário, esta pode dividir-se em quatro secções. Na primeira secção encontra-se a contextualização breve do âmbito em que este instrumento se insere. Seguidamente, encontra-se o pedido de consentimento livre e esclarecido para a participação no mesmo, salvaguardando aspetos ético-legais. A terceira secção diz respeito à caracterização sociodemográfica dos participantes. Por fim, apresentam-se as questões formuladas com o objetivo de avaliar a perceção da equipa de enfermagem da UCIC sobre a importância da comunicação efetiva durante a transição de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório.

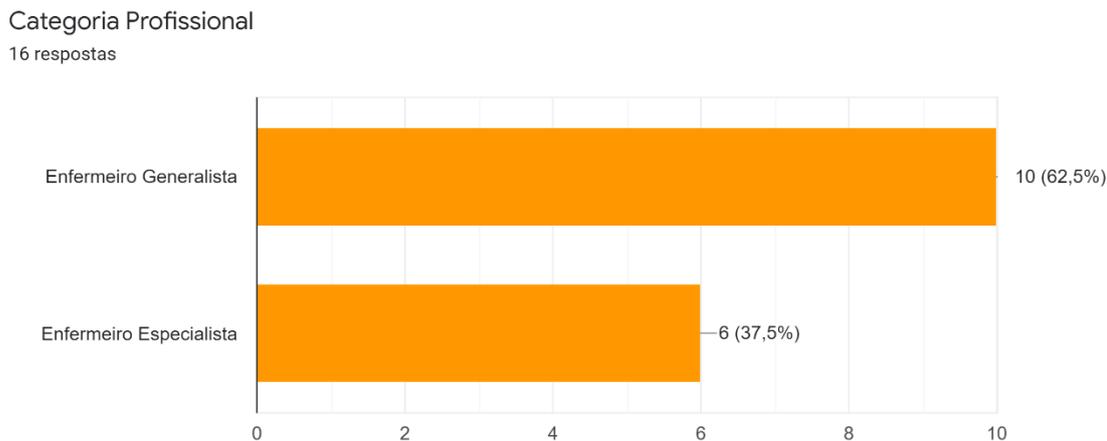
Segundo Nunes (2020), todos os projetos académicos desenvolvidos numa instituição devem estar obrigatoriamente autorizados pelo órgão responsável e representante da organização. Assim, para responder a tais exigências e salvaguardar questões éticas, o projeto foi submetido ao Conselho Científico da Universidade de Évora, à Comissão de Ética da Universidade de Évora e à Comissão de Ética do hospital onde decorreu o estágio. Importa referir que o mesmo foi aprovado por todas as entidades (Anexos I a III).

No que diz respeito à autorização individual de cada participante, esta implica um consentimento livre e esclarecido, o qual pode ser levantado em qualquer instância sem prejuízos ou penalizações (Nunes, 2020). Assim, a elaboração deste questionário baseou-se nos pressupostos de anonimato, confidencialidade, consentimento livre e informado e todas as questões éticas que lhe são inerentes. O consentimento livre e esclarecido apresenta-se na primeira fase do preenchimento do questionário elaborado (presente no Apêndice 1).

A taxa de resposta inicialmente fixada para este questionário foi de, pelo menos 50 %. Considera-se que esta foi superada, uma vez que, de um universo de 22 enfermeiros, se obtiveram respostas de 16 elementos da equipa a prestar funções na UCIC, o que reflete mais de metade da equipa (72,7%). Considera-se, assim, que houve uma ampla participação e um nível adequado de aceitação nesta intervenção.

Analisando a categoria profissional dos enfermeiros que responderam ao questionário, verificou-se que se obtiveram maioritariamente respostas de Enfermeiros de Cuidados Gerais, conforme se pode comprovar no Gráfico 2. Contudo, avaliando a proporção da equipa de enfermagem entre Enfermeiros Especialistas *versus* Enfermeiros de Cuidados Gerais, verificou-se que a maior adesão foi dos EE, uma vez que apenas um não respondeu ao questionário.

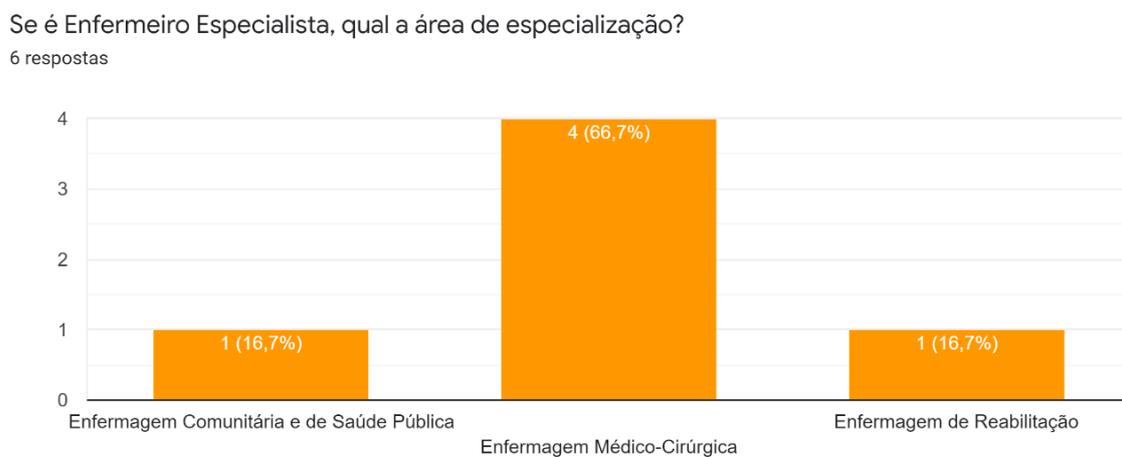
Gráfico 2 - Categoria profissional dos Enfermeiros que responderam ao questionário



Fonte: Resultado do questionário aplicado aos enfermeiros (com recurso ao *Google Forms*®)

Relativamente à área de especialização dos enfermeiros que responderam ao questionário, verificou-se que a grande maioria se incluía na Enfermagem Médico-Cirúrgica, como se pode verificar no Gráfico 3, algo que vai ao encontro da caracterização sociodemográfica realizada inicialmente no ponto 1.

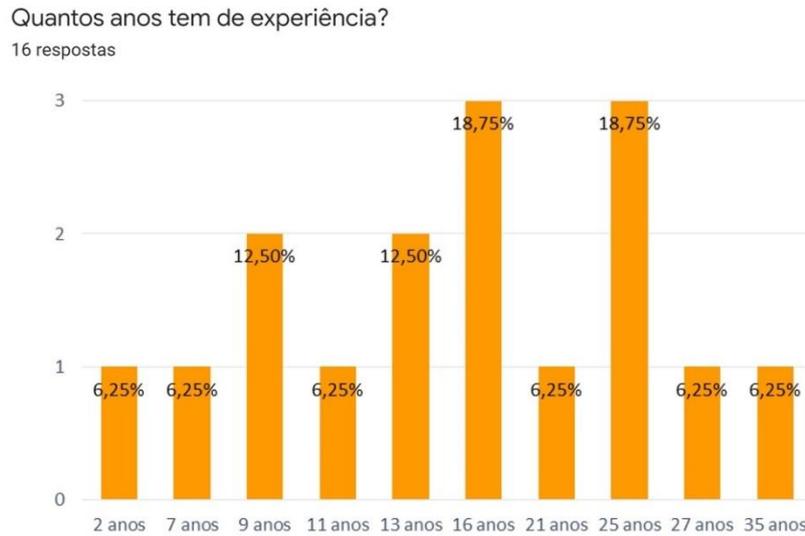
Gráfico 3 - Área de especialização dos Enfermeiros Especialistas



Fonte: Resultado do questionário aplicado aos enfermeiros (com recurso ao *Google Forms*®)

Quanto aos anos de experiência dos enfermeiros respondentes, verificou-se que os principais resultados refletiram o exercício da profissão há 16 e 25 anos (gráfico 4).

Gráfico 4 - Anos de experiência dos Enfermeiros que responderam ao questionário



Fonte: Resultado do questionário aplicado aos enfermeiros (com recurso ao *Google Forms*®)

Relativamente à temática a ser desenvolvida durante a IPM, verificou-se que 100% dos participantes no questionário consideram a comunicação entre os enfermeiros fundamental para a segurança do doente crítico (gráfico 5), nomeadamente o doente crítico cardíaco (gráfico 6) e inclusivamente em contexto perioperatório (gráfico 7), conforme se pode comprovar na página seguinte.

Gráfico 5 - Resultados da questão 1

Considero a comunicação entre os enfermeiros fundamental para a segurança do doente crítico
16 respostas



Fonte: Resultado do questionário aplicado aos enfermeiros (com recurso ao *Google Forms*®)

Gráfico 6 - Resultados da questão 2

Considero a comunicação entre os enfermeiros fundamental para a segurança do doente crítico cardíaco
16 respostas



Fonte: Resultado do questionário aplicado aos enfermeiros (com recurso ao *Google Forms*®)

Gráfico 7 – Resultados da questão 3

Considero a comunicação entre os enfermeiros fundamental para a segurança do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório
16 respostas



Fonte: Resultado do questionário aplicado aos enfermeiros (com recurso ao *Google Forms*®)

Além disso, a totalidade dos respondentes considera igualmente que a comunicação entre os enfermeiros é fundamental para a continuidade de cuidados e/ou transição de cuidados do doente crítico (gráfico 8).

Gráfico 8 - Resultados da questão 4

Considero a comunicação entre os enfermeiros fundamental para a continuidade de cuidados e/ou transição de cuidados do doente crítico

16 respostas



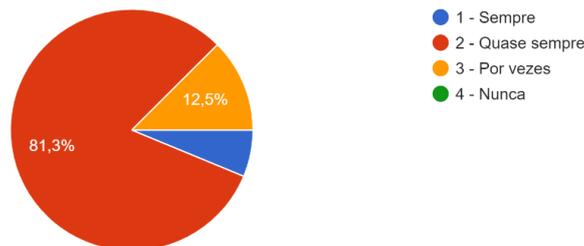
Fonte: Resultado do questionário aplicado aos enfermeiros (com recurso ao *Google Forms*®)

Quanto a técnicas que promovem a melhoria da qualidade da comunicação estabelecida durante a transição de cuidados, 81,3% dos enfermeiros responderam conhecê-las “quase sempre” (gráfico 9).

Gráfico 9 - Resultados da questão 5

Conheço formas de tornar a minha comunicação mais eficaz durante a transição de cuidados

16 respostas



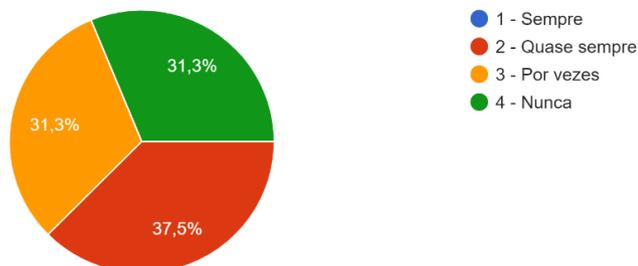
Fonte: Resultado do questionário aplicado aos enfermeiros (com recurso ao *Google Forms*®)

Contudo, apenas 37,5% dos enfermeiros consideraram conhecer significativamente a técnica de comunicação ISBAR (gráfico 10), o que revela que mais de metade da equipa (62,5%) possui conhecimento insuficiente sobre uma das recomendações da DGS para as transições de cuidados, nomeadamente a Norma 001/2017.

Gráfico 10 - Resultados da questão 6

Conheço a técnica de comunicação ISBAR

16 respostas



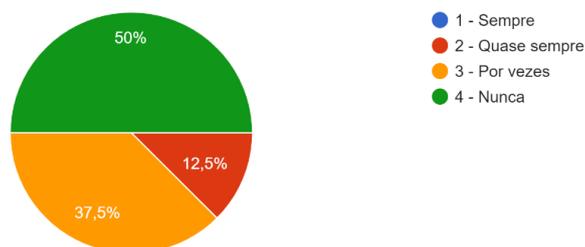
Fonte: Resultado do questionário aplicado aos enfermeiros (com recurso ao *Google Forms*®)

Quanto à aplicação da técnica de comunicação de ISBAR durante transições de cuidados do doente crítico, metade dos enfermeiros responderam nunca a aplicar (gráfico 11) e apenas 12,5% consideram nunca ter dificuldades na sua implementação (gráfico 12).

Gráfico 11 - Resultados da questão 7

Aplico a técnica de comunicação ISBAR durante a transmissão de informação referente a um doente crítico

16 respostas

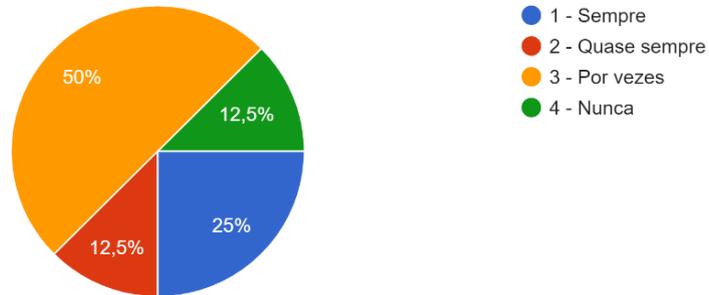


Fonte: Resultado do questionário aplicado aos enfermeiros (com recurso ao *Google Forms*®)

Gráfico 12 – Resultados da questão 8

Sinto dificuldades na aplicação da técnica de comunicação ISBAR

16 respostas



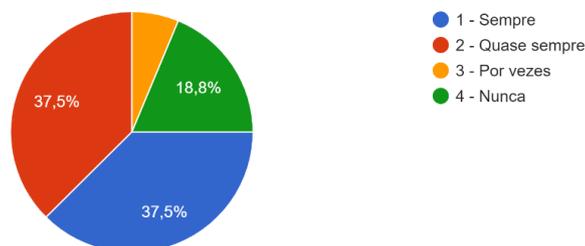
Fonte: Resultado do questionário aplicado aos enfermeiros (com recurso ao *Google Forms*®)

Embora se tenham verificado lacunas relacionadas com o conhecimento e a aplicação da mesma, 75% dos enfermeiros consideraram que a técnica de comunicação ISBAR torna a comunicação mais eficaz durante a transição de cuidados do doente crítico (gráfico 13).

Gráfico 13 – Resultados da questão 9

Considero que a técnica de comunicação ISBAR torna a minha comunicação mais eficaz durante a transmissão de informação sobre um doente crítico

16 respostas



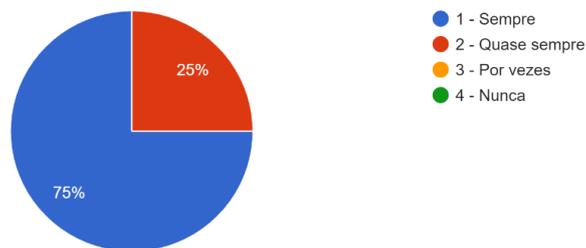
Fonte: Resultado do questionário aplicado aos enfermeiros (com recurso ao *Google Forms*®)

Além disso, em última instância, quando questionados se gostariam de melhorar a comunicação que estabelecem recorrendo à técnica de comunicação ISBAR, a resposta dos mesmos foi 100% positiva (gráfico 14).

Gráfico 14 – Resultados da questão 10

Gostaria de melhorar a comunicação que estabeleço com a equipa de saúde, recorrendo à técnica de comunicação ISBAR

16 respostas



Fonte: Resultado do questionário aplicado aos enfermeiros (com recurso ao *Google Forms*®)

Interpretando os dados obtidos, verifica-se que esta temática carece realmente de formação junto da equipa de enfermagem e que a mesma é do seu interesse, pelo que se conclui que a pertinência da IPM é amplamente reconhecida.

Por fim, como culminar da etapa de diagnóstico de situação, os dados foram analisados e levantou-se o seguinte diagnóstico de enfermagem, recorrendo à CIPE (2016): Segurança do doente comprometida no período perioperatório. Por conseguinte, abordou-se a importância da intervenção de enfermagem que norteou esta IPM: a comunicação efetiva durante estas transições de cuidados. Além de se assumir como fundamental para a segurança do doente, é igualmente preponderante para a qualidade dos cuidados prestados. Assim, após se obter parecer positivo do serviço e da Professora Orientadora sobre o tema, surgiu o título do Projeto de IPM: “Comunicação efetiva na transição de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório”.

3.3 Objetivos

Após o levantamento das necessidades de formação e identificação do problema, seguem-se os objetivos inicialmente delineados para esta IPM, os quais devem refletir os resultados que se pretendem alcançar (Ruivo et al., 2010).

O objetivo Geral desta IPM é então: Promover a comunicação efetiva da equipa de enfermagem da UCIC durante a transição de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório.

Quanto aos objetivos específicos, estes são:

1. Avaliar a perceção dos enfermeiros da UCIC sobre a importância da comunicação efetiva durante a transição de cuidados do doente crítico cardíaco;
2. Realizar auditoria sobre a comunicação efetiva durante a transição de cuidados do doente crítico cardíaco perioperatório com recurso ao instrumento de auditoria da Norma 001/2017 da DGS;
3. Elaborar um instrumento de registo estruturado sobre a comunicação efetiva na transição de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório, em conformidade com a Norma 001/2017 da DGS;
4. Apresentar aos enfermeiros da UCIC o projeto em desenvolvimento, visando a adesão ao mesmo;
5. Implementar o projeto;
6. Avaliar o impacto do projeto, através da realização de auditoria com recurso ao instrumento de auditoria da Norma 001/2017 da DGS.

3.4 Planeamento e Execução

O planeamento diz respeito ao esboço que se realiza sobre um determinado projeto. Este reflete a projeção e planificação do mesmo, não se restringindo à sua calendarização, mas estendendo-se às estratégias e recursos que devem ser mobilizados (Ruivo et al., 2010).

Analisando esta fase sob o ponto de vista do MMPBE, verifica-se que esta pode integrar a sua quarta etapa (“Projetar a mudança da prática”)

Assim, o planeamento previsto da IPM desenvolvida decorreu desde o início do estágio até ao final do mês de novembro de 2021, sendo que a sua fase de execução se iniciou em dezembro de 2021.

Com o intuito de formalizar e iniciar a IPM pretendida, foi desenvolvida e apresentada a proposta de Projeto de Estágio, com o seu respetivo plano de trabalho (Apêndice 1), cronograma (Apêndice 2) e questionário previsto (consta no Apêndice 1). Após ser validada pela Docente Orientadora e pela Enfermeira Orientadora, esta proposta foi submetida às várias entidades anteriormente enunciadas, tendo-se obtido o seu parecer positivo (Anexo I a III).

Considerando todos os aspetos ético-legais obtidos para a implementação desta IPM e na tentativa de alcançar com sucesso os objetivos específicos inicialmente delineados, foram igualmente planeadas atividades a desenvolver, as quais se encontram seguidamente clarificadas.

Quanto ao primeiro objetivo específico delineado (**“Avaliar a percepção dos enfermeiros da UCIC sobre a importância da comunicação efetiva durante a transição de cuidados do doente crítico cardíaco”**), foram elaboradas as seguintes atividades:

- Formular um questionário *online* que permita traduzir a realidade da equipa de enfermagem da UCIC em dados mensuráveis, analisando e identificando áreas que careçam de maior formação dentro da temática em estudo;
- Apresentar o questionário formulado à Enfermeira Responsável pelo serviço, à Enfermeira Orientadora e à Professora Orientadora, procedendo a reformulações caso se verifique necessário;
- Solicitar parecer positivo para a sua aplicação à Comissão de ética da Universidade de Évora e à Comissão de Ética do Hospital.
- Solicitar a colaboração da equipa de enfermagem da UCIC para o preenchimento do questionário via *e-mail*, enaltecendo o papel preponderante que têm para o desenvolvimento desta IPM e para a investigação em Enfermagem.
- Analisar os dados de diagnóstico obtidos através deste questionário, identificando áreas que carecem de maior atenção a nível formativo, como descrito no ponto 3.2.

Recursos humanos: Enf.º Responsável pelo Serviço; Supervisor Clínico; Docente Orientadora; Comissão de Ética da Universidade de Évora; Comissão de Ética do Hospital.

Recursos materiais e tecnológicos: Computador; internet; *Google Forms*®.

Indicador de avaliação: Aplicação de um questionário que permita avaliar a perceção dos enfermeiros da UCIC sobre a importância da comunicação efetiva durante a transição de cuidados do doente crítico cardíaco, com uma taxa de resposta de, pelo menos, 50% de participação.

Relativamente ao segundo objetivo específico delineado (**“Realizar auditoria sobre a comunicação efetiva durante a transição de cuidados do doente crítico cardíaco perioperatório com recurso ao instrumento de auditoria da Norma 001/2017 da DGS”**), as atividades realizadas foram:

- Rever a literatura científica relacionada com a temática das transições de cuidados, dando especial atenção à Norma 001/2017 da DGS, cujo título é “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”;
- Solicitar parecer positivo para utilizar o instrumento de auditoria da Norma 001/2017 à Enfermeira Responsável do serviço, à Comissão de Ética do Hospital e à Comissão de Ética da Universidade de Évora.
- Preencher o instrumento de auditoria disponibilizado pela respetiva norma, aferindo o índice de conformidade dos meios de comunicação utilizados durante a transição de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório;
- Avaliar o índice de conformidade obtido, tal como descrito no ponto 3.2 deste relatório.

Recursos humanos: Enf.º Responsável pelo Serviço; Supervisor Clínico; Docente Orientadora; Comissão de Ética da Universidade de Évora; Comissão de Ética do Hospital.

Recursos materiais e tecnológicos: Computador; internet; Norma 001/2017 da DGS.

Indicador de avaliação: Obtenção de um índice de conformidade dos meios de comunicação utilizados durante a transição de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório, em contexto pré IPM.

Quanto ao terceiro objetivo específico delineado (“**Elaborar um instrumento de registo estruturado sobre a comunicação efetiva na transição de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório, em conformidade com a Norma 001/2017 da DGS**”), as atividades elaboradas para alcançar o mesmo foram:

- Realizar pesquisa de evidência científica atual e recomendada sobre a temática, recorrendo a bases de dados científicas fiáveis;
- Realizar uma revisão sistemática da literatura sobre a importância da comunicação durante a transição de cuidados do doente crítico em contexto perioperatório, inclusivamente o doente crítico cardíaco;
- Consultar orientações científicas sobre o estabelecimento de uma comunicação eficaz durante as transições de cuidados, nomeadamente a Norma 001/2017 da DGS, uma vez que se encontra validada e recomendada a nível nacional;
- Consultar os instrumentos de registo pré-existentes no serviço associados às transições de cuidados do doente crítico cardíaco;
- Criar uma proposta de instrumento de registo estruturado sobre a comunicação efetiva na transição de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório em distintos âmbitos, tendo em conta a Norma 001/2017 da DGS
 - Âmbito intra-hospitalar:
 - Criar uma proposta de *checklist* sobre a temática para o doente crítico cardíaco submetido a Cirurgia Cardíaca no Bloco Operatório;
 - Criar uma proposta de *checklist* sobre a temática para o doente crítico cardíaco submetido a Implantação de Válvula Aórtica Transcateter na UADCI;
 - Criar uma proposta de *checklist* sobre a temática para o doente crítico cardíaco submetido a Implantação de Pacemaker Definitivo na UADCI, atualizando e uniformizando a pré-existente no serviço.

- **Âmbito inter-hospitalar:** Criar uma proposta de *checklist* para a transição de cuidados do doente crítico cardíaco a ser submetido a Cirurgia Cardíaca noutra hospital de destino.
- Apresentar, discutir e reformular as distintas propostas com a Enfermeira Orientadora, a Enfermeira Responsável do Serviço e a Docente Orientadora.
- Formular as propostas finais de acordo com o *feedback* recebido, visando a sua apresentação à equipa de enfermagem da UCIC.

Recursos humanos: Enf.º Responsável pelo Serviço; Supervisora Clínica; Docente Orientadora.

Recursos materiais e tecnológicos: Computador; internet; Norma 001/2017 da DGS; bases de dados científicas; instrumentos de registo pré-existentes no serviço facultados pela Enfermeira Orientadora.

Indicador de avaliação: Criação de um instrumento de registo estruturado sobre a comunicação efetiva na transição de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório, em conformidade com a Norma 001/2017 da DGS, nos seus diversos âmbitos de aplicação.

Relativamente ao quarto objetivo específico delineado (**“Apresentar aos enfermeiros da UCIC o projeto em desenvolvimento, visando a adesão ao mesmo”**), as atividades realizadas foram:

- Preparar uma formação em serviço relacionada com o tema da IPM, recorrendo à revisão da literatura existente;
- Apresentar a proposta de formação em serviço à Enfermeira Orientadora, à Enfermeira Responsável do Serviço e à Docente Orientadora, procedendo a reformulações que considerem pertinentes;
- Concretizar a realização da formação em serviço para apresentar a temática da IPM a desenvolver, bem como a sua pertinência e os seus objetivos;
- Apresentar à equipa de enfermagem as propostas de *checklist* elaboradas sobre a comunicação efetiva durante a transição de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório;
- Explicar a utilização destes instrumentos, capacitando-os para o mesmo;
- Realizar um vídeo da formação em serviço sob a forma *online* na plataforma *Google Drive*®, disponibilizando o seu *link* de acesso através de *e-mail*, visando

o alcance do maior número de elementos da equipa de enfermagem e o possível esclarecimento de dúvidas à distância;

- Fornecer os diapositivos e a proposta dos instrumentos de registo apresentados durante a sessão de formação em serviço, disponibilizando-os no serviço numa pasta passível de ser consultada a qualquer momento;
- Receber *feedback* da equipa acerca da proposta dos instrumentos de registo elaborados, possibilitando a sua reformulação final após um período de reflexão e análise durante 15 dias.

Recursos humanos: Enf.º Responsável pelo Serviço; Supervisora Clínica; Docente Orientadora; Equipa de Enfermagem da UCIC.

Recursos materiais e tecnológicos: Computador; internet; PowerPoint®; *Google Drive*®; Propostas de registos estruturados impressos; Pasta com impressão dos diapositivos apresentados.

Indicador de avaliação: Realização de uma formação em serviço para apresentar a IPM aos enfermeiros da UCIC, com uma taxa de participação de, no mínimo, 50%.

No que se relaciona com o quinto e penúltimo objetivo específico delineado (“**Implementar o Projeto**”), as atividades realizadas foram:

- Criar as versões finais dos instrumentos de registo de acordo com o *feedback* e as sugestões dos elementos da equipa de enfermagem da UCIC;
- Enviar as versões finais destes instrumentos para a Enfermeira Responsável do serviço via *e-mail*, com o intuito de serem impressos e utilizados pela equipa de enfermagem assim que considerarem pertinente dar início à sua implementação;
- Reforçar a formação contínua dos enfermeiros da UCIC sobre o preenchimento e implementação dos instrumentos de registo durante os turnos executados.

Recursos humanos: Enf.º Responsável pelo Serviço; Supervisora Clínica; Equipa de Enfermagem da UCIC.

Recursos materiais e tecnológicos: Computador; internet; versão final dos instrumentos de registo impressos.

Indicador de avaliação: Reconhecer a implementação da IPM a curto ou a longo prazo, recebendo *feedback* positivo acerca da sua pertinência para o serviço.

Relativamente ao sexto e último objetivo específico planeado (“**Avaliar o impacto do projeto, através da realização de auditoria com recurso ao instrumento de auditoria da Norma 001/2017 da DGS**”), as atividades desenvolvidas para alcançar o mesmo foram:

- Realizar auditoria sobre a implementação do projeto, recorrendo novamente ao instrumento de auditoria da Norma 001/2017 da DGS.
- Preencher o instrumento de auditoria disponibilizado pela respetiva norma, aferindo o índice de conformidade dos meios de comunicação utilizados durante a transição de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório;
- Avaliar o índice de conformidade obtido após a IPM.

Recursos humanos: Mestranda.

Recursos materiais e tecnológicos: Norma 001/2017 da DGS; Computador.

Indicador de avaliação: Avaliar a evolução do índice de conformidade dos meios de comunicação utilizados durante a transição de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório, em contexto pós IPM.

3.5 Avaliação e Resultados

A etapa de avaliação diz respeito à fase em que se questiona o projeto desenvolvido. Seguindo o modelo da metodologia de projeto, esta fase é contínua e dinâmica. Contudo, deve ser rigorosa, uma vez que se realiza a análise comparativa entre os objetivos inicialmente definidos e os objetivos alcançados (Ruivo et al., 2010). Nesta etapa, segue-se, portanto, a avaliação dos dados obtidos, a qual permitirá concluir se as metas inicialmente traçadas foram alcançadas. Para que esta se concretize, recorre-se à análise dos objetivos inicialmente delineados e dos indicadores propostos no capítulo anterior.

Objetivo específico número 1: Avaliar a perceção dos enfermeiros da UCIC sobre a importância da comunicação efetiva durante a transição de cuidados do doente crítico cardíaco.

Indicador de avaliação: Aplicação de um questionário que permita avaliar a percepção dos enfermeiros da UCIC sobre a importância da comunicação efetiva durante a transição de cuidados do doente crítico cardíaco, com uma taxa de resposta de, pelo menos, 50% de participação.

Refletindo sobre este objetivo, verifica-se que este se relaciona com a etapa de avaliação de diagnóstico de situação, como apresentado no ponto 3.2. Contudo, considerou-se pertinente apresentá-lo como um objetivo específico do planeamento desta IPM, pois a oportunidade de avaliar especificamente a percepção dos próprios enfermeiros da UCIC sobre a temática proporcionaria um melhor entendimento das reais necessidades formativas da equipa de enfermagem nesse âmbito. Tudo isto culminou numa melhoria da adaptação das seguintes etapas de execução da IPM.

Deste modo, atendendo ao indicador de avaliação proposto, verifica-se que este foi não só alcançado, como ultrapassado. A taxa de resposta do questionário inicialmente fixada foi de 50%, sendo que se obteve um resultado de 72,7% (mais 22,7% do que era expectável).

Perante tais dados, conclui-se que o objetivo específico inicialmente proposto foi alcançado com sucesso. Além disso, a amostra obtida permitiu avaliar de forma abrangente a percepção dos enfermeiros da UCIC sobre a importância da comunicação efetiva durante a transição de cuidados do doente crítico cardíaco.

Objetivo específico número 2: Realizar auditoria sobre a comunicação efetiva durante a transição de cuidados do doente crítico cardíaco perioperatório com recurso ao instrumento de auditoria da Norma 001/2017 da DGS.

Indicador de avaliação: Obtenção de um índice de conformidade dos meios de comunicação utilizados durante a transição de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório, em contexto pré IPM.

Analisando este objetivo específico e constatando que este integra a etapa de diagnóstico de situação descrita no ponto 3.2., considera-se que foi igualmente fundamental estabelecê-lo como objetivo específico desta IPM, uma vez que foi um dos pilares que orientou as restantes fases da sua implementação. Além disso, apenas com o resultado inicial desta auditoria se tornou possível avaliar o impacto produzido por esta IPM numa fase final.

Considerando, assim, o indicador de avaliação, conclui-se que este objetivo foi igualmente alcançado com sucesso, uma vez que se obteve um índice de conformidade inicial de 42,857% (conforme descrito no ponto 3.2, nomeadamente na figura 1).

Objetivo específico número 3: Elaborar um instrumento de registo estruturado sobre a comunicação efetiva na transição de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório, em conformidade com a Norma 001/2017 da DGS.

Indicador de avaliação: Criação de um instrumento de registo estruturado sobre a comunicação efetiva na transição de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório, em conformidade com a Norma 001/2017 da DGS, nos seus diversos âmbitos de aplicação.

Relativamente a este objetivo específico, foi desenvolvida uma proposta de instrumento de registo (Apêndice 3) sobre a comunicação efetiva na transição de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório em dois âmbitos distintos: o intra-hospitalar e o inter-hospitalar.

É importante referir que a criação deste instrumento incidiu no período pré-operatório do utente, conforme considerado pertinente pela Enfermeira Responsável do serviço e pela Enfermeira Orientadora. Assim, os instrumentos criados em género de *checklist* visam facilitar a comunicação estabelecida pela equipa de enfermagem da UCIC durante a transição de cuidados do doente crítico cardíaco a ser submetido a um procedimento cirúrgico dentro ou fora da instituição.

No que diz respeito ao contexto intra-hospitalar, como já referido anteriormente no ponto 3.2 deste relatório, verificou-se que existia apenas um instrumento de registo utilizado para facilitar a comunicação estabelecida durante a transição de cuidados do doente submetido a Pacemaker Definitivo na UADCI, o qual não se encontrava elaborado de acordo com as atuais recomendações da DGS. Além disso, verificou-se igualmente a inexistência de um instrumento de registo pré-procedimento que facilitasse a transição de cuidados do doente submetido à (ainda recente) Implantação de Válvula Aórtica Transcateter.

Em acréscimo, perante a realidade crescente e próxima da Cirurgia Cardíaca, verificou-se igualmente que, até ao momento, também não existia nenhum instrumento orientador da transição de cuidados do doente crítico cardíaco perioperatório neste contexto.

Deste modo, foram realizados dois instrumentos de registo estruturado: um para o doente crítico cardíaco com indicação para Cirurgia Cardíaca (Apêndice 3 – ponto 3.1) e outro para TAVI (Apêndice 3 – ponto 3.2), os quais se basearam na técnica de comunicação ISBAR, conforme recomendado pela Norma 001/2017 da DGS. Além disso, o instrumento de registo utilizado para o doente submetido a implantação de Pacemaker definitivo foi igualmente atualizado e uniformizado, seguindo as mesmas linhas orientadoras (Apêndice 3 – ponto 3.3).

Relativamente ao contexto inter-hospitalar, verificou-se a inexistência de um instrumento de registo orientador da transferência e transporte do doente crítico cardíaco a ser intervencionado cirurgicamente noutro hospital de destino. Perante isto, considerou-se igualmente preponderante a criação de um instrumento de registo estruturado neste âmbito, o qual seguiu as linhas orientadoras dos restantes (Apêndice 3 – ponto 3.4)

Relativamente à estrutura dos instrumentos criados, estes foram elaborados em género de *checklist*, dividindo-se em sete secções distintas. Numa primeira secção, no cabeçalho, encontra-se o logotipo do hospital bem como o título do instrumento (que difere conforme o procedimento a que o utente vai ser submetido e em que contexto).

Seguidamente, encontra-se a área que diz respeito à identificação do utente, conforme a primeira letra de ISBAR (I de Identificação). Nesta área encontra-se um espaço destinado à vinheta de identificação do utente e os seus dados antropométricos.

Em seguida, encontra-se a área que diz respeito à Situação Atual do utente, referente à letra S de ISBAR. Neste campo, encontram-se as informações que refletem o seu diagnóstico, data de admissão, procedimento a realizar, bem como os profissionais de saúde responsáveis.

Numa quarta secção, encontra-se o campo referente à história clínica anterior do utente, que reflete a letra B (*Background*) da mnemónica ISBAR. Nesta área, encontram-se os antecedentes pessoais e familiares do utente, bem como alergias conhecidas.

Posteriormente, encontra-se o campo relativo às avaliações do utente (letra A de ISBAR). Esta área contempla as avaliações de enfermagem quanto ao seu estado de consciência, nível de dependência e sinais vitais, bem como as intervenções de enfermagem realizadas com pertinência para a transição de cuidados do doente crítico cardíaco no período pré-operatório.

Ainda neste campo, é possível ter acesso a exames complementares de diagnóstico realizados, resultados analíticos e terapêutica importante administrada.

De seguida, encontra-se finalmente a área destinada às recomendações ou outras informações relacionadas com o utente que se considerem pertinentes, contemplando a letra R da Mnemónica ISBAR.

Por fim, para finalizar o instrumento de registo, encontra-se uma área destinada à data de preenchimento do mesmo com a respetiva assinatura e número mecanográfico do enfermeiro.

Importa ainda referir que, na tentativa de coadunar com a exigência crescente de inovação tecnológica na área da saúde, foi realizada igualmente a sugestão de parametrização das notas de transferência inter-hospitalares realizadas no programa informático *SClinico*[®] em conformidade com o instrumento de registo elaborado neste contexto (Apêndice 3 – ponto 3.4). Neste sentido, além de dar resposta a tais exigências, permitiria igualmente uma continuidade de cuidados mais eficaz por salvaguardar as informações clínicas dos utentes, permitir o seu rápido acesso nas instituições de saúde e minimizar perdas de informação.

Os instrumentos de registo criados foram sofrendo alterações ao longo da sua apresentação à Orientadora Pedagógica, à Enfermeira Supervisora, à Enfermeira Responsável e à equipa de enfermagem da UCIC. Após as sugestões recebidas, foram reformulados, finalizados e validados.

Analisando o que foi anteriormente descrito, considera-se que este objetivo específico foi alcançado com sucesso.

Objetivo específico número 4: Apresentar aos enfermeiros da UCIC o projeto em desenvolvimento, visando a adesão ao mesmo.

Indicador de avaliação: Realização de uma formação em serviço para apresentar a IPM aos enfermeiros da UCIC, com uma taxa de participação de, no mínimo, 50%.

Em primeira instância, na tentativa de fundamentar a pertinência do estudo, foi realizada uma revisão da literatura aprofundada através de bases de dados e motores de busca fiáveis. Deste modo, além da evidência científica nacional recomendada, foram igualmente utilizados documentos e orientações internacionais, nomeadamente as que foram emanadas

recentemente pela OMS através do Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente (OMS, 2021a).

A apresentação da IPM através da Formação em Serviço baseou-se, assim, não só na apresentação dos instrumentos de registo criados, mas também na pertinência da criação e utilização dos mesmos. Para a realização da formação em serviço, foi elaborado o seu planeamento (Apêndice 4, no ponto 4.1). Consoante os objetivos da formação e os conteúdos programáticos a abordar, foram redigidos um guião de formação e um conjunto de diapositivos (Apêndice 4, no ponto 4.2) que sustentaram a apresentação.

Após formulados os documentos de apoio à sessão de formação em serviço, estes foram enviados à Docente Orientadora, à Orientadora Clínica e à Enfermeira Responsável do serviço, tendo-se obtido um parecer positivo para a concretização da mesma.

Além disso, importa referir que a sessão de formação realizada no âmbito desta IPM foi incluída no Plano de Formação Anual do serviço por indicação da Enfermeira Responsável, uma vez que a considerou como fundamental para a equipa de enfermagem.

Posto isto, perante as limitações inerentes à pandemia, na tentativa de alcançar a maior parte da equipa de enfermagem e salvaguardar as recomendações de distanciamento e meios alternativos recomendados, foi realizada uma sessão de formação *online* através do *Microsoft Teams*[®]. Para que tal fosse possível, foi enviado um *e-mail* de convocação para participação na mesma com o *link* de acesso. Contudo, uma vez que este formato demonstrou pouca adesão por parte da equipa (apenas um elemento da equipa de enfermagem assistiu à formação *online*), foram igualmente realizadas duas sessões de formação presenciais no serviço durante os turnos. Além disso, foi igualmente disponibilizado um vídeo com a formação em serviço em formato *online* através do *Google Drive*[®]. O link de acesso deste meio de formação em serviço foi disponibilizado via *e-mail* para a restante equipa de enfermagem que não conseguiu estar presente nas sessões formativas em diferido.

Considerando as sessões de formação em serviço realizadas com o intuito de apresentar a IPM, verificou-se que, embora inicialmente a adesão à mesma tenha sido pouca, se conseguiu alcançar a participação total de 12 elementos da equipa de enfermagem, verificando-se uma evolução na taxa de participação relativamente considerável.

Além disso, considera-se que num universo total de 22 enfermeiros, se obteve aproximadamente a participação de 54,55% dos mesmos. Deste modo, verifica-se que se

ultrapassou o indicador de avaliação inicialmente estabelecido, pelo que se considera ter alcançado o objetivo pretendido.

Objetivo específico número 5: Implementar o projeto.

Indicador de avaliação: Reconhecer a implementação da IPM a curto ou a longo prazo, recebendo *feedback* positivo acerca da sua pertinência para o serviço.

Após a apresentação da IPM à equipa de enfermagem, procedeu-se à retificação final dos instrumentos de registo elaborados com o intuito de dar início à implementação concreta da IPM. As adaptações finais foram realizadas de acordo com o aglomerado de sugestões propostas pelos enfermeiros da UCIC, as quais foram validadas com a Enfermeira Responsável pelo serviço.

Após retificadas, as versões finais dos instrumentos de registo foram enviadas por *e-mail* para a Enfermeira Responsável do serviço a fim de serem impressas e disponibilizadas à equipa de enfermagem. Após uma reunião informal realizada com a mesma na presença da Enfermeira Orientadora, ficou acordado que ficariam alocadas em local próprio e de fácil acesso no serviço. Além disso, a Enfermeira Responsável pelo serviço deu indicação para que se desse início à sua utilização, a fim de uniformizar as práticas de cuidados associadas à transição de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório.

Ademais, considera-se pertinente referir que a temática da comunicação efetiva durante a transição de cuidados do doente crítico cardíaco foi igualmente incluída como um módulo de formação no Plano de Formação Anual do serviço, sendo encarada como uma necessidade formativa prioritária no ano de 2021/2022. Segundo a Enfermeira Responsável do serviço e a Enfermeira dinamizadora da Formação em Serviço, esta será uma área que carece de investimento contínuo ao longo do ano, permitindo dar continuação à IPM já iniciada.

Atendendo ao indicador de avaliação delineado para este objetivo específico, considera-se que o mesmo foi alcançado, uma vez que se verificou a sua implementação, reconhecendo-se a sua pertinência. Atualmente, segundo informação colhida através da Enfermeira Orientadora e da Enfermeira Responsável do serviço, a IPM mantém-se em vigor.

Objetivo específico número 6: Avaliar o impacto do projeto, através da realização de auditoria com recurso ao instrumento de auditoria da Norma 001/2017 da DGS.

Indicador de avaliação: Obtenção de um índice de conformidade dos meios de comunicação utilizados durante a transição de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório, em contexto pós IPM.

Com o propósito de avaliar o impacto da implementação da IPM desenvolvida ao longo do estágio, realizou-se uma auditoria final, recorrendo-se novamente ao mesmo instrumento disponibilizado pela Norma 001/2017 da DGS (figura 2).

Figura 2 - Resultado da auditoria final

Instrumento de Auditoria				
Norma "Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde"				
Unidade: Unidade de Cuidados Intensivos Coronários				
Momentos da transição de cuidados:				
<input type="radio"/> Admissão hospitalar <input type="radio"/> Admissão na unidade de cuidados de saúde primários <input type="radio"/> Admissão na unidade de cuidados continuados integrados <input checked="" type="radio"/> Alta hospitalar*				
Data: __/01/2022				
Equipa auditora: Joana Pisco				
Critérios	Sim	Não	N/A	Evidência / Fonte
1. Na transição de cuidados é utilizada a técnica de comunicação ISBAR?	X			
2. Na transição de cuidados, sem prejuízo das situações a que se refere o n.º 1 do Despacho n.º 2784/2013, de 11 de fevereiro, é utilizada a técnica de comunicação ISBAR?	X			
3. Nos momentos vulneráveis/críticos, a transferência de informação entre profissionais é prioritária?	X			
4. Os responsáveis pelo processo de transmissão de informação, na transição de cuidados, estão identificados de forma inequívoca?	X			
5. A transmissão de informação nas transições ocorre de forma escrita?	X			
6. A instituição assegura formação aos profissionais envolvidos no processo de transferência de informação sobre a técnica ISBAR?	X			
7. A instituição monitoriza o processo de transferência de informação nos termos do Despacho n.º 2784/2013?		X		
Subtotal	6	1	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE (IC)	85,714 %			

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

*Entenda-se como alta hospitalar todos os momentos de:

- Transferências inter-hospitalares, cujo objetivo é a realização de cirurgia cardíaca noutra hospitalar de destino;
- Transferências intra-hospitalares entre serviços para realização de procedimentos na UADCI e/ou cirurgias no B.O.

Fonte: Grelha de auditoria adaptada de DGS (2017)

A auditoria final concretizou-se durante turnos realizados em janeiro de 2022, tendo-se verificado um índice de conformidade de, aproximadamente, 86%. Comparando os índices de conformidade obtidos antes e após a implementação da IPM, verifica-se que houve uma evolução significativa no seu valor, a qual será discutida no ponto 3.6. Isto revela, assim, que a implementação desta IPM acarretou consigo um impacto positivo para melhoria dos cuidados de enfermagem prestados no âmbito da temática trabalhada.

Assim, conclui-se que este objetivo específico foi alcançado com sucesso, uma vez que se obteve um índice de conformidade final superior ao inicial, revelando uma melhoria significativa relativamente à comunicação estabelecida durante a transição de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório.

3.6 Divulgação de Resultados

Uma vez apresentados os resultados obtidos, segue-se a divulgação dos mesmos, a qual culmina na publicação do Relatório de Estágio nos Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal.

Analisando esta fase sob o ponto de vista do MMPBE, verifica-se que se encontra incluída na etapa cinco deste modelo (“Implementar e avaliar a mudança da prática”), o qual descreve que é neste ponto que se avalia a mudança da prática. A avaliação reflete o processo e os resultados da implementação da intervenção, permitindo o desenvolvimento de conclusões (Larrabee, 2011).

Deste modo, procede-se à discussão de resultados desta IPM, a qual pretende apresentar não só os seus principais resultados obtidos, mas também as principais dificuldades e barreiras sentidas durante a sua implementação. Nesta última etapa, torna-se, assim, fundamental refletir sobre o impacto desta IPM na equipa de enfermagem e, conseqüentemente, no processo de melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados à PSC. Para que tal aconteça, irá ser realizada uma síntese dos principais resultados obtidos ao longo de todo o processo.

Comparando os índices de conformidade obtidos através das auditorias realizadas (inicial e final), considera-se que houve uma evolução bastante positiva neste âmbito, conforme se pode comprovar na tabela 2.

Tabela 2 - Comparação dos resultados obtidos entre a Auditoria Inicial e Final.

Resultados obtidos durante a auditoria realizada recorrendo à Norma 001/2017 da DGS		
	Critérios avaliados na Auditoria Inicial	Critérios avaliados na Auditoria Final
1. Na transição de cuidados é utilizada a técnica de comunicação ISBAR?	Não	Sim
2. Na transição de cuidados, sem prejuízo das situações a que se refere o nº 1 do Despacho nº 2784/2013, de 11 de fevereiro, é utilizada a técnica de comunicação ISBAR?	Não	Sim
3. Nos momentos vulneráveis/críticos, a transferência de informação entre profissionais é prioritária?	Sim	Sim
4. Os responsáveis pelo processo de transmissão de informação, na transição de cuidados, estão identificados de forma inequívoca?	Sim	Sim
5. A transmissão de informação nas transições ocorre de forma escrita?	Sim	Sim
6. A instituição assegura formação aos profissionais envolvidos no processo de transferência de informação sobre a técnica ISBAR?	Não	Sim
7. A instituição monitoriza o processo de transferência de informação nos termos do Despacho nº 2784/2013?	Não	Não
Índice de conformidade obtido	42,857 %	85,714 %

Fonte: da própria

A evolução observada reflete, assim, um aumento do índice de conformidade obtido de, aproximadamente, 43%, associando-se a uma melhoria da comunicação efetiva estabelecida

durante a transição de cuidados após a utilização das *checklists* elaboradas. Tais achados encontram-se em conformidade com os estudos realizados por Talley et al. (2019), Leonardsen et al. (2019), Nasiri et al. (2021) e Dusse et al. (2021), os quais destacam a utilização de instrumentos de registo na melhoria da comunicação estabelecida durante as transições de cuidados no período perioperatório.

Além disso, atendendo à evolução positiva do índice de conformidade obtido, pode-se considerar que houve uma alteração no diagnóstico de enfermagem inicialmente delineado (“Segurança do doente comprometida no período perioperatório”) de acordo com a CIPE (2016), nomeadamente no juízo que lhe foi atribuído. Assim, como resultado desta IPM, a segurança do doente no período perioperatório encontra-se melhorada.

Atualmente, a utilização dos instrumentos de registo elaborados mantém-se ativa no serviço. Deste modo, conclui-se que a sua criação foi encarada como uma mais-valia e permitiu uniformizar as práticas de enfermagem durante a transição de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório de acordo com a atual recomendação da DGS (2017), melhorando o índice de conformidade da comunicação efetiva. Além disso, a implementação desta IPM permitiu igualmente elucidar a importância da temática da comunicação efetiva durante as transições de cuidados. Assim, foi criado um módulo de formação sobre a mesma, o qual foi considerado como prioritário no Plano de Formação Anual de 2021/2022 pela Enfermeira Responsável do serviço e pela Enfermeira dinamizadora da Formação em Serviço.

Quanto ao impacto desta IPM na equipa de enfermagem, considera-se importante discutir os dados obtidos através da avaliação global dos formandos à sessão de formação em serviço. Importa referir que, uma vez que esta sessão formativa foi incluída no plano anual de formação do serviço, foi utilizado o formulário próprio de avaliação da instituição, intitulado como “Avaliação da Atividade Formativa – Reação do Formando”.

Inicialmente, quando se planeou a sessão de formação, estabeleceu-se como indicadores de avaliação: “que 75% da população alvo considere que a formação em serviço foi do seu agrado”; que 65% da população alvo considere que os objetivos inicialmente propostos foram alcançados; e “que 65% da população alvo considere que a sessão de formação em serviço correspondeu às suas expectativas iniciais”. Considerando os resultados obtidos no gráfico 15, verifica-se que todos eles foram excedidos por completo.

De acordo com a avaliação global dos formandos que assistiram à sessão de formação em serviço, verifica-se que a sua maioria considerou que a ação de formação lhes agradou bastante (100%).

Gráfico 15 - Avaliação Global da Formação em Serviço



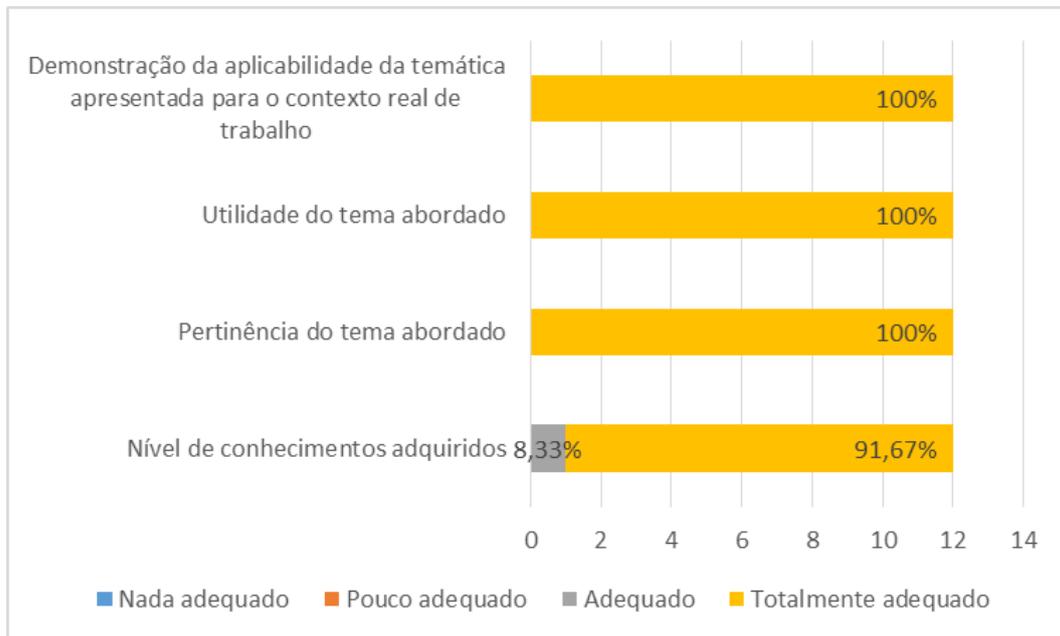
Fonte: Resultados do formulário de avaliação da formação em serviço (com recurso ao Microsoft Excel®)

No que concerne aos conteúdos abordados, a totalidade dos formandos considerou igualmente que a pertinência e a utilidade do tema foram totalmente adequados (100%).

Contudo, relativamente à avaliação do nível de conhecimentos adquiridos, apenas um formando considerou que foi adequado. Em contraposição, os restantes (91,67%) consideraram que o nível de conhecimentos adquiridos ao longo da sessão de formação foi totalmente adequado.

De um modo geral, analisando os dados obtidos e representados no gráfico 16, considera-se que a maioria da equipa de enfermagem considerou a temática da IPM apresentada como pertinente e com ampla aplicabilidade ao contexto real de trabalho.

Gráfico 16 - Avaliação da temática abordada na Formação em Serviço



Fonte: Resultados do formulário de avaliação da formação em serviço (com recurso ao Microsoft Excel®)

Relativamente ao percurso desenvolvido ao longo desta IPM, torna-se igualmente importante enunciar as barreiras e dificuldades sentidas, bem como a criação de estratégias para lidar com as mesmas e as ultrapassar.

Considera-se, assim, que a principal dificuldade sentida se relacionou com a escassa adesão da equipa de enfermagem à primeira sessão de formação em serviço. Neste sentido, com o intuito de tentar ultrapassar esta barreira à implementação da IPM, foi utilizada a alternativa de concretização de mais duas sessões formativas no decorrer dos turnos. Estas sessões de formação em contexto de trabalho foram, então, realizadas com os elementos da equipa de enfermagem que se demonstraram disponíveis. Além disso, a disponibilização de um vídeo *online* sobre a formação em serviço a toda a equipa de enfermagem foi encarada como outra estratégia facilitadora importante. Através desta alternativa, garantiu-se a possibilidade de os enfermeiros assistirem ou reverem a mesma, caso tivessem interesse.

Considera-se assim, que atendendo às competências comuns e específicas do EE em EMC-PSC e do ME, se estimulou a aprendizagem e formação contínua da equipa de enfermagem, reinventando-se alternativas fiáveis e facilitadoras da mesma.

4 ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE A AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A prestação de cuidados de saúde, nomeadamente de enfermagem, assume-se atualmente como fulcral na segurança do utente. A melhoria dos cuidados prestados depende de exigências técnicas e científicas, pelo que a diferenciação e a especialização dos profissionais de saúde são uma realidade e uma necessidade crescente. O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros acompanha todas estas exigências, atribuindo-lhes o título de especialistas em seis especialidades distintas, na qual se inclui a Especialidade de EMC, nomeadamente na vertente da pessoa em situação crítica (OE, 2019).

As competências são definidas por Patricia Benner (1982) como a capacidade de desempenhar determinada tarefa ou função em distintas circunstâncias da realidade com o intuito de alcançar um resultado desejável. Na esfera da profissão de enfermagem, estas devem sustentar a prática clínica especializada, tendo sido reconhecidas pelo Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019), pelo Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (OE, 2018) e restantes regulamentos das demais especialidades.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, um enfermeiro especialista é reconhecido por competências técnicas, científicas e humanas que lhe permitem prestar cuidados de enfermagem especializados em áreas de especialidade em enfermagem. Essas competências podem ser comuns ou específicas a cada especialidade, apresentando-se agrupadas por domínios de competência (OE, 2018; OE, 2019).

Com o intuito de refletir criticamente sobre a aquisição, desenvolvimento e aperfeiçoamento das competências comuns e específicas do EE em EMC-PSC de acordo com os respetivos regulamentos, foi elaborado o presente capítulo. No mesmo encontra-se a análise crítico-reflexiva não só destas competências, mas também das competências do Mestre em Enfermagem, tendo por base por base o Decreto-Lei nº 65/2018 (Presidência do Conselho de Ministros, 2018), o Regulamento do Funcionamento do Mestrado em Enfermagem da Associação de Escolas de Enfermagem e Saúde (AESES, 2017) e o documento emitido pela Universidade de Évora à Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (2015).

Segundo o Decreto-Lei nº 65/2018, o Mestre é aquele que deve:

- a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão (...)

- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo. (Presidência do Conselho de Ministros, 2018, p. 4162).

Posto isto, para que estas competências sejam alcançadas, é fundamental que se realize a transição de conhecimentos adquiridos na Licenciatura em Enfermagem para um nível superior, revendo-os e aprofundando-os, recorrendo à investigação baseada na prática. É igualmente essencial direcionar conhecimentos e competências para uma área específica e vocacional, a qual, neste caso, reflete a EMC-PSC.

Dando seguimento às competências anteriormente citadas, torna-se igualmente importante evocar os objetivos do presente Curso de Mestrado em Enfermagem:

- a) Desenvolver conhecimentos e competências para a intervenção especializada num domínio de enfermagem, evidenciados em níveis elevado de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde;

- b) Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e referenciais éticos e deontológicos;
- c) Capacitar para a governação clínica, a liderança de equipas e projetos, nos diferentes contextos das práticas de cuidados;
- d) Contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada (AESES, 2017, p. 5)

Assim, considerando estes objetivos, entende-se que eles são complementados pelas competências de Mestre em Enfermagem presentes no documento emitido pela Universidade de Évora à Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior. Segundo as mesmas, o Mestre em Enfermagem:

1. Demonstra competências clínicas na concepção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
2. Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
3. Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
4. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
5. Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;
6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;

7. Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade (Universidade de Évora, 2015, p. 24).

Atendendo ao aglomerado de competências descritas na nota introdutória deste capítulo, importa referir que todas elas serão apreciadas crítico-reflexivamente. Além disso, o processo de análise introspetiva foca-se nos estágios clínicos realizados e seus respetivos Projetos de Desenvolvimento de Competências, os quais foram delineados inicialmente para cada contexto clínico (Apêndice 5 e Apêndice 6).

4.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

O Enfermeiro Especialista em qualquer área de especialização deve ser detentor de competências comuns que se aplicam a todos os contextos de saúde e se relacionam com uma elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, bem como suporte efetivo do exercício de enfermagem, visando melhorar continuamente a qualidade dos cuidados prestados (OE, 2019).

Os domínios de competências comuns são então: (A) Responsabilidade profissional, ética e legal; (B) Melhoria contínua da qualidade; (C) Gestão dos cuidados e (D) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019).

Seguidamente, encontra-se o processo de análise introspetiva dos vários domínios de competências comuns desenvolvidos através da mobilização de conhecimentos adquiridos ao longo deste Curso de Mestrado, os quais foram conjugados com a experiência profissional e relacionados com as competências de Mestre em Enfermagem.

4.1.1 (A) Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

A1. Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;

A2. Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2019, p.4746).

Competência de mestre correlacionada:

- “3. Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais” (UE, 2015, p.24);
- “7. Evidencia competências comuns (...) do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade” (UE, 2015, p.24).

O exercício profissional de enfermagem deve ser regido por padrões reguladores e normativos sustentados por questões legais, éticas e deontológicas. Neste âmbito, considera-se que, durante os estágios decorridos, se agiu tendo sempre em consideração a Deontologia Profissional, descrita na Lei nº 156/2015 (Assembleia da República, 2015), e o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), o qual foi aprovado pelo Decreto-Lei n.º 161/96 (Ministério da Saúde, 1996) e revisto posteriormente no Decreto-Lei nº 104/98 (Ministério da Saúde, 1998).

A prática de cuidados de enfermagem especializada desenvolvida ao longo dos estágios baseou-se em todos os documentos normativos que sustentam o exercício profissional e nos conteúdos programáticos lecionados ao longo da Unidade Curricular de Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem. Contudo, algumas premissas foram tidas em especial atenção, nomeadamente o Artigo 99º da Lei nº 156/2015, o qual defende que, no decorrer do seu exercício, o enfermeiro deve atender a valores de igualdade, liberdade que permita capacidade de escolha responsável, verdade, justiça, solidariedade, altruísmo, aperfeiçoamento profissional e competência (Assembleia da República, 2015).

Segundo o REPE, todos os profissionais de enfermagem devem adotar uma conduta responsável e ética durante a sua prática de cuidados, respeitando os direitos e interesses legais dos utentes (Ministério da Saúde, 1998).

Analisando os cuidados prestados enquanto futura Enfermeira Especialista, considera-se que estes se sustentaram constantemente nas crenças, cultura, valores, interesses e preferências da PSC e sua família, independentemente das suas características e particularidades. Neste sentido, foi realizado um planeamento minucioso do exercício de enfermagem especializada, o qual permitiu a humanização dos cuidados, respeitando as

escolhas e os direitos humanos da PSC e sua respetiva família em todas as suas esferas e nos seus distintos contextos.

Considera-se, assim, que tais práticas foram realizadas em conformidade com a Lei nº 15/2014, a qual consolida os direitos e deveres do utente no Serviço Nacional de Saúde, especialmente no que diz respeito ao direito de escolha (Artigo 2º) e o consentimento ou a recusa (Artigo 3º) (Assembleia da República, 2014).

Ainda neste âmbito, considerando os direitos de escolha, consentimento ou recusa do utente e sua respetiva família, verifica-se que, para que estes fossem exercidos na sua autonomia plena, foi igualmente simplificado o acesso à informação relativamente aos cuidados prestados. Para que tal ocorresse devidamente, a linguagem utilizada foi adaptada à idade, literacia e à nacionalidade dos utentes.

Refletindo sobre inúmeros casos neste âmbito ao longo dos estágios realizados, torna-se importante destacar um episódio que ocorreu no SU. O exercício de funções de enfermagem naquele turno em específico ocorrera na UCIM, durante o período da manhã. Num dos seus quartos de isolamento para doentes portadores de SARS-COV-2 encontrava-se uma utente com cerca de 30 anos, grávida e de nacionalidade palestina. A utente encontrava-se sob ONAF, requerendo cuidados especializados e monitorização contínua. Conseguia comunicar verbalmente apenas em inglês na sua forma mais simples, apresentando alguma dificuldade na expressão e compreensão da informação. Após se estabelecer e adaptar o diálogo à utente, verificou-se que esta se encontrava bastante apreensiva e ansiosa, pois ainda não compreendera perfeitamente até ao momento o porquê de se encontrar internada e, especialmente, num quarto de isolamento. Perante isto, foi-lhe explicado de uma forma simples o seu diagnóstico, bem como a necessidade de requerer cuidados especializados e vigilância de forma a estabilizar o seu quadro clínico. Perante isto, verificou-se que a utente ficou mais tranquila, assistindo-se a uma redução de níveis de ansiedade, pois caso se mantivessem elevados, estes poderiam comprometer e agravar o seu padrão ventilatório.

Relativamente ao direito de acesso à informação por parte dos utentes e sua família, verifica-se que este foi promovido constantemente em todos os contextos clínicos, respeitando-se o Artigo 105º da Lei nº 156/2015 (Assembleia da República, 2015). Por conseguinte, considera-se igualmente que a tomada de decisão autónoma entre a díade PSC/família foi incentivada e respeitada, salvaguardando e estimulando o consentimento informado durante a prática de cuidados de saúde e, nomeadamente, de enfermagem.

A esfera do cuidar exige que sejam respeitados os direitos humanos dos seus beneficiários, assegurando a liberdade e dignidade dos mesmos em todos os processos de doença, independentemente do seu grau de complexidade (Assembleia da República, 2015).

Neste sentido, considerando os contextos clínicos, a prática e gestão de cuidados foi sustentada pela promoção da proteção dos direitos humanos dos utentes e sua família, bem como a sua segurança, dignidade e privacidade.

Embora os serviços com que se contactou sejam dotados de particularidades, a prestação de cuidados foi orientada pelo respeito da intimidade dos utentes (Artigo 107º da Lei nº 156/2015). Sabe-se que a afluência a um Serviço de Urgência é abrangente e que, por vezes, o ambiente envolvente poderá comprometer a privacidade dos utentes. Contudo, por todos esses motivos, procurou-se assegurar constantemente o respeito pela sua intimidade e privacidade de várias formas, nomeadamente com a utilização de cortinas e de biombos que permitissem a minimização da sua exposição.

Além disso, a prática de enfermagem foi pautada pelo dever de sigilo profissional e proteção da vida privada dos utentes, assegurando-se o cumprimento do Artigo 106º da Lei nº 156/2015 e dos Artigos 5º e 6º da Lei nº 15/2014. Neste âmbito, garantiu-se a partilha de informação do seu quadro clínico única e exclusivamente com os profissionais integrados no plano terapêutico.

Os contextos clínicos que caracterizaram os estágios eram revestidos de características específicas e peculiares que exigiam processos de tomada de decisão perante situações complexas e constantes. Contudo, regendo-se por valores éticos e deontológicos inerentes à profissão de enfermagem, estes processos tornaram-se mais claros, objetivos, sistematizados e responsáveis. Para que assim fosse, foi essencial acompanhar e discutir sobre os mesmos com os enfermeiros orientadores, os quais foram reconhecidos como peritos e profissionais de referência em cada contexto.

Assistiu-se, em ambos os contextos, por diversas vezes à discussão e reflexão conjunta da equipa multidisciplinar sobre a complexidade do plano terapêutico de determinado utente, a qual sustentou a tomada de decisão sobre o mesmo.

Dentro destas discussões, faz-se referência a uma em específico, a qual foi vivenciada em contexto de Sala de Emergência durante um turno da tarde, exatamente no momento em que deu entrada no SU um casal de utentes idosos, vítimas de tentativa de suicídio por afogamento num poço. O utente, com cerca de 90 anos, claramente desorientado e portador

de múltiplas patologias (uma delas, demência avançada), tentava resistir aos cuidados que lhe eram oferecidos. Contudo, à sua chegada, apresentava cianose, dispneia e sinais de má perfusão periférica, além da hipotermia associada. Ainda que agitado e agressivo, a equipa multidisciplinar complementou-se constantemente na prestação de cuidados a esta PSC, agilizando a sua estabilização através da avaliação ABCDE (*Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*) inerente ao doente crítico. Perante a sua situação clínica, os seus antecedentes pessoais e o seu nível de dependência, a discussão da equipa multidisciplinar centralizou-se no teto terapêutico do utente, tendo-se decidido que este beneficiaria, sobretudo, de ventilação não invasiva e vigilância contínua, pelo que ficou internado no S.O.

Refletindo sobre estes momentos, considera-se que foram bastante enriquecedores, uma vez que permitiram aprofundar conhecimentos e compreender a implementação real de estratégias durante a prática clínica, visando a excelência do cuidar. Perante isto, para responder a esta panóplia de competências, foram adotadas medidas que permitiram a melhor e mais adequada tomada de decisão em equipa, sempre que o utente não possuía consciência de si e capacidade plena para tal.

Relativamente ao contexto excepcional de saúde pública que surgiu concomitantemente como necessidade da instalação da pandemia, verificou-se frequentemente a limitação de visitas da família e pessoas significativas dos utentes. Tal contexto, acabara por comprometer, de certa forma, o direito dos utentes ao acompanhamento, o qual consta no Artigo 12º da Lei nº 15/2014. Contudo, refletindo sobre os contextos, verifica-se que este vai ao encontro da promoção da sua segurança e dos próprios profissionais de saúde.

No entanto, ainda que com algumas exigências, foi possível constatar que na UCIC os utentes poderiam receber a visita de uma pessoa de referência, algo que tornou possível a partilha de processos complexos de saúde-doença. Além disso, no SU, foi igualmente reconhecida a possibilidade de um último momento da família com utentes em fim de vida, o que permitiu igualmente assegurar-lhes cuidados dignos nesta última fase do ciclo vital.

Por fim, refletindo sobre o planeamento e implementação da IPM, considera-se igualmente que o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal foi considerado, respeitando-se todos os procedimentos normativos ético-legais e institucionais. Assim, verifica-se que se procedeu ao cumprimento destes princípios quer na prática clínica direta, como na realização do estudo desenvolvido.

Analisando o que foi anteriormente exposto, verifica-se efetivamente que foram implementadas várias estratégias baseadas na revisão aprofundada e cumprimento de orientações normativas e reguladoras do exercício profissional de enfermagem. A reflexão constante ao longo dos estágios e, conseqüentemente, a procura contínua de atualização de conhecimentos permitiu ir ao encontro das exigências impostas pelo domínio de competências da responsabilidade profissional, ética e legal. Posto isto, considera-se ter-se adquirido competências comuns do EE neste âmbito, bem como a competência de mestre que diz respeito à integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, atendendo às suas implicações e responsabilidades.

4.1.2 (B) Melhoria contínua da qualidade

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

B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua

B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019, p.4747).

Competências de mestre correlacionadas:

- “2. Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de Enfermagem baseada na evidência” (UE, 2015, p.24);
- “5. Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais” (UE, 2015, p.24);
- “6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da Enfermagem em particular” (UE, 2015, p.24)
- “7. Evidencia competências comuns (...) do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade” (UE, 2015, p.24).

A qualidade e a segurança são, atualmente, consideradas como pilares orientadores da prática de cuidados de saúde em todos os seus contextos. Neste sentido, Portugal reúne esforços para que tais premissas estejam sempre presentes no Serviço Nacional de Saúde, surgindo assim a criação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. Atualmente, a que se encontra em vigor diz respeito à que foi criada através do Despacho n.º 5613/2015. Embora o seu término fosse o ano de 2020, esta foi prorrogada, mantendo-se como referência para a prática clínica (Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, 2015a).

A qualidade em saúde representa uma prestação de cuidados de saúde equitativos e acessíveis prestados por profissionais que procuram alcançar o seu nível ótimo. Para tal, é necessário que mobilizem os recursos que têm ao seu dispor, procurando adequar os cuidados às necessidades e expectativas dos seus beneficiários, visando a sua adesão e satisfação (Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, 2015a).

Relativamente a estes profissionais de saúde, é claro que estes incluem os enfermeiros, os quais se devem reger pelos documentos normativos anteriormente enunciados, procurando a excelência do seu exercício em todas as suas intervenções profissionais (Artigo 109º da Lei n.º 156/2015).

Perante a evolução dos cuidados especializados de enfermagem e o seu crescente reconhecimento e dignificação, tornou-se essencial criar padrões de qualidade que norteassem a prática dos enfermeiros. Deste modo, surgem assim os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE) (OE, 2001) e os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem (PQCEE) nas suas várias especialidades, inclusivamente em EMC (OE, 2017).

Os PQCEE em EMC definem enunciados descritivos que devem ser tidos em consideração pelo EE face à procura permanente da excelência durante o seu exercício profissional, sendo eles: a satisfação do cliente; a promoção da saúde; a prevenção de complicações; o bem-estar e autocuidado; a readaptação funcional; a organização dos cuidados de enfermagem; a prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos; e a segurança nos cuidados especializados (OE, 2017).

Face a diversos contextos de atuação e processos complexos de saúde-doença, o EE deve gerir o risco e o ambiente que caracterizam os cuidados especializados, adequando a sua resposta para salvaguardar a segurança de todos os intervenientes. Deste modo, o EE deve adaptar a sua liderança e governação clínica, assumindo-se como gestor do risco (OE, 2017).

Com o intuito de responder a este domínio de competências, procurou-se rever saberes apreendidos nas várias Unidades Curriculares lecionadas ao longo do período teórico deste Curso de Mestrado em Enfermagem.

Relativamente à competência B1, optou-se inicialmente por se aprofundar conhecimentos no âmbito da área da liderança e governação clínica, recorrendo à revisão da literatura e de documentação existente. Além disso, considerou-se igualmente pertinente assistir ao 11º Congresso Internacional da Associação Portuguesa de Enfermeiros Gestores e Liderança (APEGEL), cujo tema principal foi “Liderança, Segurança e Visibilidade na Gestão de Enfermagem” (Anexo IV).

Refletindo acerca das palestras apresentadas ao longo deste evento, considera-se que a sua grande maioria revelou bastante interesse para a revisão e aprofundamento de conhecimentos teóricos transversais à prática de enfermagem especializada. As temáticas abordadas foram amplas, destacando-se os conhecimentos seguros enquanto estratégia de gestão; as dotações seguras reconhecidas como mais do que um mero número; a gestão de pessoas em vez de “recursos humanos”, atendendo a todas as suas características e especificidades; e a governação clínica enquanto promotora da melhoria contínua da qualidade.

Considerando o anteriormente exposto, conclui-se que, ao longo dos estágios desenvolvidos, foram prestados cuidados especializados de enfermagem de acordo com os PQCEE em EMC preconizados pela OE. Além disso, foram utilizados meios facilitadores de aprendizagem relacionados com a governação clínica, os quais permitiram a interiorização dos seus principais componentes e, por conseguinte, a aplicação e o reconhecimento desses mesmos conhecimentos durante a prática clínica desenvolvida durante os estágios realizados.

Relativamente à competência B2, entende-se que o EE deve desenvolver práticas de qualidade, participando em programas de melhoria contínua. Tais pressupostos assentam na totalidade das competências de mestre referenciadas, as quais se relacionam com o desenvolvimento de investigação, projetos e programas de melhoria que permitam sustentar a prática de enfermagem em evidência científica. Neste sentido, considera-se que durante os estágios ocorridos se procurou constantemente o desenvolvimento destas competências desde as primeiras semanas de contacto com os contextos clínicos, e não somente durante a fase de implementação da IPM descrita no ponto 3 deste relatório.

Inicialmente, com o intuito de facilitar a integração e a atuação em cada contexto, procurou-se ter conhecimento de todos os planos de atividades, programas, projetos e

protocolos implementados nos serviços. Após serem interiorizadas as particularidades de cada um, foi igualmente realizada uma observação reflexiva sobre possibilidades de melhoria contínua da qualidade durante o processo de cuidar. Posto isto, foram realizadas entrevistas não estruturadas que surgiram, frequentemente, em contexto informal com os enfermeiros supervisores, a equipa de enfermagem e os enfermeiros responsáveis, as quais permitiram identificar necessidades a colmatar, conduzindo ao planeamento de atividades a desenvolver durante o período dos respetivos estágios.

Relativamente ao Estágio à Pessoa em Situação Crítica, tendo em conta as dinâmicas presentes no SU após eventos críticos complexos vivenciados em Sala de Emergência, considerou-se pertinente realizar uma formação neste âmbito. Esta formação em serviço (Apêndice 7), intitulada como “*Debriefing* Pós-Reanimação Cardiopulmonar em Sala de Emergência”, deu origem à criação de uma sugestão de protocolo neste âmbito (presente no Apêndice 7, no ponto 7.2), o qual foi recebido com um *feedback* bastante positivo pelo enfermeiro supervisor, pelo enfermeiro responsável do serviço e pelo diretor clínico do SU.

Quanto ao estágio final, além de se ter realizado a IPM anteriormente descrita, procurou-se dar especial atenção a determinadas possibilidades de melhoria dos cuidados de saúde prestados. Neste sentido, perante um serviço onde a paragem cardiorrespiratória é frequente devido à instabilidade cardiológica que caracteriza os utentes, foi realizada uma infografia (Apêndice 8) cujo título é “*DEBRIEFING APÓS SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA: Uma realidade em saúde a explorar*”. Esta infografia foi realizada tendo como objetivo principal apresentar a temática e a sua importância à equipa de enfermagem da UCIC. Para tal, a infografia elaborada foi divulgada por via *e-mail*.

Além disso, em conformidade com a IPM concretizada, embora o cateterismo cardíaco se encontre fora do seu contexto, foi igualmente atualizada a sua *checklist* pré-procedimento (Apêndice 9), uniformizando-a de acordo com as que foram elaboradas ao longo da IPM, atendendo à técnica de comunicação ISBAR recomendada pela Norma 001/2017 da DGS. Neste sentido, participando ativamente em projetos de melhoria contínua, esta atualização ocorreu com a colaboração de uma colega de curso com experiência profissional numa UADCI, a qual demonstrou interesse neste âmbito. Este processo colaborativo demonstrou-se bastante pertinente, uma vez que permitiu a melhoria da prática clínica através do trabalho em equipa entre pares.

Atendendo à especificidade do serviço e aos feixes de intervenção preconizados para a prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde, procurou-se ter conhecimento das

infecções mais frequentes na UCIC associadas ao cateter venoso central, ao cateter vesical, ao local cirúrgico e à pneumonia associada à intubação. Posto isto, chegou-se à conclusão que seria pertinente realizar um póster informativo relacionado com a temática das Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea associadas ao Cateter Venoso Central (Apêndice 10), conforme se encontra detalhado no ponto 4.2.3.

Face ao exposto, verifica-se que as atividades desenvolvidas se centraram na avaliação da qualidade das práticas clínicas e, conseqüentemente, na identificação de áreas passíveis de intervenção no âmbito da melhoria da qualidade, as quais permitiram o planejar e liderar projetos de melhoria contínua. Assim, considera-se ter-se implementado várias intervenções baseadas na evidência científica, as quais procuraram capacitar as equipas profissionais durante a administração de protocolos complexos, algo reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros nos PQCEE em EMC (OE, 2017; OE, 2018)

Por fim, relativamente à competência B3 (gestão de um ambiente terapêutico e seguro), considera-se que durante o decorrer de ambos os estágios, além de se ter procurado estabelecer uma relação de ajuda com a PSC e sua respetiva família, se procurou igualmente otimizar o ambiente caracterizado pela prática de cuidados, inclusivamente em episódios que exigiram intervenções complexas perante a PSC. A minimização de erros evitáveis e eventos adversos foi uma das premissas que conduziu a prática clínica na procura contínua da salvaguarda da segurança de todos.

Considera-se assim, que se adotou uma posição de segurança, a qual se sustentou na implementação de medidas destinadas à prevenção de acidentes e à promoção de um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança. Deste modo, procurou-se obter conhecimento não só das características dos serviços e da sua equipa, mas também dos seus equipamentos e recursos materiais.

Relembrando os contextos clínicos e destacando a Sala de Emergência e a UCIC, realizou-se sempre a verificação de todo o material e equipamentos em todos os turnos, dando-se especial atenção aos carros de emergência e seus respetivos desfibrilhadores, disponibilidade de insufladores manuais com filtro e máscara acoplados, presença de ventiladores e material de via aérea, aspiradores e fontes de oxigénio funcionantes, entre outros.

Além disso, relativamente à participação na gestão e avaliação do risco, foram igualmente aplicadas as escalas preconizadas na instituição, nomeadamente o risco de úlceras

de pressão (Escala de *Braden*) e o risco de queda (Escala de *Morse*), tendo-se posteriormente intervindo consoante o seu resultado e as necessidades dos utentes.

De um modo geral, considera-se que durante os estágios realizados se desenvolveram várias atividades no âmbito da avaliação e melhoria das práticas clínicas, bem como na manutenção do ambiente terapêutico seguro. Foram identificadas oportunidades de melhoria e, por conseguinte, criadas estratégias e sugestões orientadas não só para a qualidade como para a segurança de todos os intervenientes no processo de cuidar. Estas propostas refletiram-se como uma mais-valia para os contextos clínicos, podendo vir a ser desenvolvidas mais aprofundadamente pelos próprios profissionais que exercem funções nos serviços.

Posto isto, considerando o trabalho desenvolvido, acredita-se ter adquirido as competências inicialmente propostas quer no âmbito do domínio da melhoria contínua da qualidade, como também as competências de mestre correlacionadas.

4.1.3 (C) Gestão dos cuidados

C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde

C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (OE, 2019, p.4748).

Competência de mestre correlacionada:

- “1. Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de Enfermagem, numa área especializada” (UE, 2015, p.24).
- “7. Evidencia competências comuns (...) do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade” (UE, 2015, p.24).

Com o intuito de prestar cuidados de enfermagem especializados de excelência, o EE deve assegurar uma organização e gestão de cuidados adequada, garantindo a sua máxima eficácia (OE, 2017).

Neste sentido, na fase inicial de ambos os estágios clínicos, procurou-se conhecer as características dos contextos dos serviços, bem como a sua população-alvo e a sua produção de cuidados. Esta primeira avaliação permitiu, por conseguinte, rever e aprofundar conhecimentos acerca de patologias mais frequentes, permitindo afunilar, aperfeiçoar e desenvolver aptidões necessárias à melhor prática de cuidados neste âmbito. Além disso, a revisão de conhecimentos baseou-se em evidência científica atual e nas temáticas lecionadas ao longo do período teórico deste Curso de Mestrado em Enfermagem.

Relativamente à gestão de cuidados, foi possível acompanhar ativamente os enfermeiros orientadores durante o desempenho de inúmeras atividades que coadunam com funções de chefe de equipa, responsável de turno e até mesmo no exercício de funções de responsável do serviço durante períodos em que havia a necessidade de substituição das chefias. Isto tornou-se possível uma vez que, em ambos os estágios, os enfermeiros assumiam a função de segundo elemento na gestão do serviço da UCIM e da UCIC.

Durante o acompanhamento de ambos os enfermeiros no exercício de tais tarefas, foi possível conhecer as dinâmicas dos serviços e das suas equipas, tendo-se revelado fundamental para a realização de uma análise introspetiva sobre a gestão de cuidados.

Quando se evoca a temática da gestão de cuidados, sabe-se que esta envolve diretamente a liderança, uma vez que esta se assume como um fator preponderante para melhoria da qualidade em saúde. Os enfermeiros que exerçam cargos com algum tipo de chefia/responsabilidade devem então adotar medidas que permitam gerir e coordenar equipas de profissionais com o intuito de melhorar o seu desempenho e satisfação para que, conseqüentemente, se alcancem os melhores resultados. Ao promoverem um ambiente com um cariz motivador, de confiança e de colaboração, os enfermeiros gestores garantem a qualidade dos cuidados prestados em variados contextos clínicos (Fradique & Mendes, 2013).

Tal característica foi observada em ambos os contextos, tendo-se constatado que os enfermeiros orientadores, enquanto chefes de equipa e responsáveis de turno, se preocupavam por exercer estilos de liderança que motivassem a restante equipa de enfermagem. Além disso, fomentavam o trabalho em equipa e um ambiente de confiança, mostrando-se disponíveis para a resolução de necessidades decorrentes da prática clínica.

Considera-se que acompanhar os enfermeiros orientadores enquanto responsáveis de turno/chefes de equipa/ responsáveis de serviço foi essencial em ambos os estágios. Foi igualmente possível participar na gestão dos turnos, no estabelecimento de prioridades e na

implementação de métodos de organização de trabalho adequados às reais necessidades dos serviços. Além de ter sido possível participar na gestão de recursos humanos do serviço, realizou-se igualmente a gestão de materiais.

Relativamente à gestão dos recursos humanos, uma vez que os enfermeiros supervisores se assumiam como chefes de equipa e/ou responsáveis de turno foi possível acompanhar o seu exercício de funções de diversas formas:

- Na elaboração e/ou reajuste de planos de trabalho na UCIC que continham a distribuição equitativa de enfermeiros e auxiliares de ação médica atendendo à classificação dos utentes;
- Na coordenação de equipas no SU, nomeadamente no que diz respeito à cobertura dos postos de trabalho durante as pausas destinadas à alimentação dos enfermeiros;
- Na participação da tomada de decisão relativamente a dotações seguras em ambos os serviços, devido à ausência de colaboradores provocada por diversas causas, nomeadamente a infeção por SARS-COV-2 ou isolamentos por contacto.

Quanto à gestão de recursos materiais e outros, foi igualmente possível auxiliar várias atividades em ambos os estágios, nas quais se destacam:

- Gestão de *stocks* de consumíveis do serviço e, conseqüentemente, a elaboração de requisições ao armazém central com os materiais em falta;
- Gestão de *stocks* medicamentosos do serviço e realização dos seus respetivos pedidos ao serviço de Farmácia;
- Realização de pedidos de empréstimo de fármacos a outros serviços da instituição, sempre que o serviço de Farmácia se encontrava encerrado e havia essa indicação;
- Elaboração de pedidos de alimentação dos utentes de acordo com as suas admissões, mais frequentemente no SU;
- Verificação de condições de funcionamento e segurança de equipamentos. Caso necessário, foram igualmente realizados os pedidos de reparação;
- Gestão de óbitos declarados, principalmente no SU, devido à sua frequência. Neste âmbito, garantiu-se igualmente que a equipa médica informou os familiares dos respetivos utentes.

Além das atividades anteriormente enunciadas, foi igualmente possível observar e colaborar no processo de tomada de decisão do plano de cuidados dos utentes no seio da equipa multidisciplinar. De referir que, neste âmbito, foi possível presenciar uma reunião multidisciplinar da equipa da UADCI, a qual estabelecia critérios de prioridade relativamente aos utentes a serem intervencionados, bem como a sua evolução clínica. Neste contexto, constatou-se o quão importante são todos os elementos da equipa disciplinar para a tomada da melhor decisão considerando o quadro clínico dos utentes.

Ao longo do contacto estabelecido com os contextos clínicos, foi igualmente possível presenciar o exercício de outros enfermeiros especialistas enquanto chefes de equipa e/ou responsáveis de turno, pelo que foi possível identificar vários estilos de gestão de recursos humanos e de liderança. Deste modo, considera-se que tal experiência se assumiu como preponderante por contribuir para a análise reflexiva sobre o papel da liderança na resolução de problemas reais em situações específicas.

Relativamente à prestação de cuidados de saúde em colaboração com os demais profissionais, houve igualmente a necessidade de, em ambos os contextos, delegar tarefas. A delegação de tarefas, quando supervisionada, assume-se como uma mais-valia para a prática clínica atempada e centrada no doente. Deste modo, a supervisão foi garantida em todos estes momentos, assegurando-se a qualidade e segurança dos utentes durante a prestação de cuidados, algo que vai ao encontro do artigo 10º do REPE no Decreto-Lei nº 161/96 (Ministério da Saúde, 1996) e à unidade de competência comum C1.2 (OE, 2019).

Por fim, considerando a favorável relação interpessoal estabelecida no seio da equipa multidisciplinar de ambos os serviços e as várias oportunidades de aprendizagem que daí advieram, conclui-se que foram desenvolvidas as competências comuns e de mestre enunciadas. Além disso, tal foi possível devido à diversidade de contextos vivenciados e às múltiplas atividades desenvolvidas através do acompanhamento dos enfermeiros supervisores durante o seu exercício de enfermeiros gestores e líderes.

4.1.4 (D) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

“D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (OE, 2019, p.4749)

Competências de mestre correlacionadas:

- “2. Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de Enfermagem baseada na evidência” (UE, 2015, p.24);
- “5. Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais” (UE, 2015, p.24);
- “6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da Enfermagem em particular” (UE, 2015, p.24)
- “7. Evidencia competências comuns (...) do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade” (UE, 2015, p.24).

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019), este deve basear os seus processos de tomada de decisão em conhecimentos atuais, pertinentes e válidos, atuando como facilitador de processos de aprendizagem.

Sabe-se que a aprendizagem é indissociável do ciclo de vida humano, iniciando-se no nascimento de todos os indivíduos e prolongando-se até à sua morte (Sitoe, 2006; Silva et al., 2021). Além disso, é considerada um importante meio facilitador do desenvolvimento humano, o qual resulta da experiência e adaptação aos contextos vivenciados (Papalia et al., 2013).

A aprendizagem ao longo da vida é, então, toda a atividade que se desenvolve com o objetivo de melhorar conhecimentos, competências e aptidões (Sitoe, 2006), assumindo-se, assim, como essencial para o processo evolutivo pessoal e profissional dos indivíduos (Silva et al., 2021).

A aprendizagem é uma construção pessoal complexa em que o Enfermeiro não só enquanto profissional, mas também enquanto ser humano, deve desenvolver a sua assertividade e o seu autoconhecimento (Silva et al., 2021). O conhecimento que este detém de si próprio e a forma como trabalha as suas próprias limitações é essencial, uma vez que estes influenciam a relação que estabelece com o utente e a sua família, os quais são igualmente repletos das suas próprias diferenças e especificidades. Neste sentido, o enfermeiro deve otimizar todo o seu desempenho com o intuito de aperfeiçoar o seu saber ser e saber estar perante inúmeras circunstâncias mais ou menos complexas (Farias et al., 2019).

Para que tal ocorra, considera-se essencial o desenvolvimento de uma análise reflexiva, a qual permite consolidar conhecimentos a partir de experiências concretas, bem como identificar vantagens, desvantagens, barreiras e facilitadores dos processos de aprendizagem experienciados.

Refletindo não só sobre o percurso teórico-prático desenvolvido ao longo deste Curso de Mestrado com especialização em EMC-PSC, mas também evocando a experiência profissional anterior, considera-se que os contextos, as circunstâncias e os desafios vivenciados têm sido inúmeros. Todos eles têm sido alvo de análise crítica, a qual tem permitido o desenvolvimento de aprendizagens e competências no âmbito do autoconhecimento e da posição que se exerce no estabelecimento da relação com o outro, quer a nível terapêutico, como no seio de equipas multidisciplinares.

Enquanto discente e mestranda, verificou-se a procura crescente de analisar e refletir individualmente e conjuntamente com os enfermeiros especialistas orientadores sobre os contextos reais vivenciados, a prestação clínica demonstrada e a gestão de sentimentos, emoções e atitudes durante a mesma. Todas as reflexões realizadas tinham como objetivo principal a adaptação e alteração de comportamentos que facilitassem a melhoria contínua do exercício profissional prestado enquanto futura enfermeira especialista.

Assim, considera-se que todos estes processos reflexivos tornaram possível uma melhor consciencialização do próprio eu e do meio envolvente, permitindo uma tomada de decisão mais consistente perante diversas situações pessoais e profissionais complexas, algo que atua em conformidade com a Ordem dos Enfermeiros, no sentido em que o EE deve procurar autoconhecimento e ter a perceção da relação que estabelece com os demais em contexto singular, profissional e organizacional (OE, 2019).

Além de ser fundamental desenvolver a assertividade e o autoconhecimento enquanto profissional de enfermagem, este deve agir como o próprio pesquisador da sua prática baseada no conhecimento. Para tal, é impreterível que tenha a capacidade de desenvolver competências que lhe permitam utilizar evidências científicas atuais e recomendadas ao longo da sua atuação (Silva et al., 2021).

O EE deve atuar como dinamizador e gestor da aquisição de novos conhecimentos ao longo da prática clínica, sustentando-a em evidência científica atual e pertinente (OE, 2019).

Deste modo, considera-se que ao longo de todo o percurso desenvolvido, se procurou permanentemente rever e recorrer a evidências relevantes para a prática de cuidados de

enfermagem a nível geral, mas especificamente na vertente da PSC. Tais evidências foram igualmente apresentadas e discutidas com os enfermeiros especialistas orientadores, os quais foram encarados como enfermeiros peritos, possibilitando a consolidação de conhecimentos teórico-práticos nos mais diversos contextos com os quais se contactou. Tal facto revelou-se, deveras, pertinente, uma vez que o cuidado à pessoa em situação crítica em contexto base de bloco operatório é apenas um mar de um repleto oceano que caracteriza o desenvolvimento do exercício de enfermagem nesta especialidade em específico.

Além do anteriormente exposto, remetendo ao período em que decorreu este curso de mestrado com especialização em EMC-PSC, a procura constante de aquisição e atualização de conhecimentos inerentes à prática de enfermagem deu origem à participação em processos de formação contínua, nomeadamente:

- *Webinar “Aprendendo com a Emergência – Capítulo III. O que aprendemos com a pandemia?”*, organizado pelo Instituto Politécnico da Saúde do Norte (CESPU) a 22 de maio de 2021 (Anexo V);
- *“2º Seminário de Enfermagem em Emergência Extra-hospitalar”*, organizado pela Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (AEEEMC) a 18 de junho de 2021 (Anexo VI);
- *“11º Congresso Internacional da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança (APEGEL) – Liderança, Segurança e Visibilidade na Gestão de Enfermagem”*, o qual ocorreu nos dias 21, 22 e 23 de outubro de 2021 (Anexo IV);
- *Webinar “Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico”*, realizado pela Ordem dos Enfermeiros no ciclo de *Webinaries “Enfermagem às Quintas”*, a 4 de novembro de 2021 (Anexo VII);
- *“IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem”* organizado pela Universidade Católica Portuguesa – Escola de Enfermagem a 26 de novembro de 2021 (Anexo VIII);
- *“Sepsis & Trauma: What Frontline Providers need to know”*, organizado por *Sepsis Alliance Institute* a 7 de dezembro de 2021 (Anexo IX).

Considerando as sessões formativas desenvolvidas, é importante referir ainda que algumas delas se interligam com a fundamentação das competências específicas do EE em EMC-PSC, as quais serão descritas igualmente neste relatório.

Além dos eventos anteriores, realizou-se igualmente uma apresentação livre em forma de póster no Congresso Internacional sobre Literacias no Século XXI, o qual decorreu entre 15 e 16 de julho de 2021 (Anexo X).

Quanto à dinamização e divulgação de evidência científica com os demais na área de enfermagem enquanto profissão e disciplina, procedeu-se à concretização da IPM anteriormente descrita, a qual envolveu uma sessão de formação direcionada à equipa de enfermagem da UCIC no estágio final, como foi anteriormente descrito. Além disso, durante o Estágio I foi igualmente realizada uma sessão de formação em serviço intitulada como “*Debriefing Pós-Reanimação Cardiopulmonar em Sala de Emergência*”. Este processo formativo foi realizado com o intuito de promover a aquisição de novos conhecimentos da equipa de enfermagem do SUP, permitindo-lhes basear a sua prática clínica em evidência científica recomendada.

Importa ainda referir que foram realizados três artigos científicos sujeitos a submissão para publicação brevemente: um desenvolvido na unidade curricular de Investigação em Enfermagem (Apêndice 11); um desenvolvido no decorrer no Estágio I (Apêndice 12); e outro realizado durante o Estágio final (Apêndice 13), o qual serviu para fundamentar a pertinência da temática desenvolvida ao longo da IPM. Todos os documentos científicos desenvolvidos foram estruturados segundo as normas de *The Joanna Briggs Institute*, retratando revisões sistemáticas da literatura.

Face ao exposto, verifica-se que o trajeto percorrido enquanto futura EE em EMC-PSC foi norteado pela reflexão constante que permitiu o autoconhecimento enquanto pessoa e profissional. Além disso, procurou-se igualmente desenvolver uma prática clínica assertiva e competente baseada na evidência científica. Não se restringindo ao conhecimento individual, atuou-se, ainda, como veículo facilitador de conhecimento e formação no âmbito de necessidades identificadas, fazendo referência a *guidelines* e documentos científicos atuais, pelo que se considera ter-se incentivado a prática baseada na evidência entre pares. Deste modo, acredita-se ter-se alcançado competências comuns no âmbito do desenvolvimento de aprendizagens profissionais e nas competências de mestre enunciadas.

4.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem na vertente da Pessoa em Situação Crítica

Segundo a OE (2019, p. 4745), competências específicas são aquelas que “decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas”.

A necessidade crescente de diferenciação e especialização dos cuidados prestados, conduziu ao reconhecimento de seis especialidades distintas na área da enfermagem, nomeadamente: “a) Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; b) Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; c) Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; d) Enfermagem de Reabilitação; e) Enfermagem Médico-Cirúrgica, e f) Enfermagem Comunitária” (OE, 2019, p. 4744).

Por sua vez, a Enfermagem Médico-Cirúrgica pode dividir-se em diferentes vertentes, nas quais se inclui a pessoa em situação crítica. Nesta vertente, o EE deve desenvolver as seguintes competências:

- a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas. (OE, 2018, p. 19359)

Face ao exposto, segue-se o processo de análise crítico-refletiva destas três competências específicas atendendo aos conhecimentos e aptidões desenvolvidas no seu âmbito. Além disso, estas serão igualmente relacionadas com competências de Mestre em Enfermagem.

4.2.1 Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

A pessoa que vivencia processos complexos de doença crítica encontra-se, múltiplas vezes, sob falência ou eminência de falência orgânica. Perante a sua instabilidade clínica, o EE deve mobilizar saberes e competências que lhe permitam assegurar a sua sobrevivência através de uma vigilância e monitorização contínua, tendo em vista a sua recuperação e readaptação funcional ao mais alto nível que lhe seja possível. Contudo, a sua prática clínica deve focar-se não só no utente, mas também na sua família/cuidador, uma vez que estas situações acarretam consigo inúmeras mudanças, frequentemente intensas e stressantes, para esta díade indissociável (OE, 2017; OE, 2018).

Os cuidados de enfermagem prestados à PSC e à sua respetiva família foram, então, o foco central da prática clínica desenvolvida enquanto futura EE ao longo dos contextos clínicos com que se contactou. A experiência profissional anterior em Bloco Operatório, nomeadamente em contexto de urgência, assumiu-se como uma mais-valia ao longo dos estágios clínicos. Porém, esta foi considerada uma ínfima parte do mundo que a PSC alberga, uma vez que se assume, frequentemente, como *lifesaving* e/ou uma abordagem secundária na estabilização do utente, o qual já foi estabilizado primariamente para que as condições mínimas de segurança fossem reunidas para a realização da cirurgia. Deste modo, a procura de atualização e aquisição de novos conhecimentos e aptidões foi constante, procedendo-se à revisão de conteúdos abordados no período teórico deste curso, os quais sustentaram o desenvolvimento de competências específicas nos cuidados à PSC em contextos reais.

Além deste processo de revisão, foram igualmente realizados com sucesso os cursos de Suporte Avançado de Vida (SAV) (Anexo XI) e de ITLS (*International Trauma Life Support*) (Anexo XII) na Unidade Curricular de Enfermagem Médico-Cirúrgica 4, os quais se revelaram preponderantes para as situações reais com que se contactou durante os estágios clínicos desenvolvidos. Em acréscimo, também as Unidades Curriculares de Enfermagem Médico-Cirúrgica 1 e 2 foram essenciais, permitindo mobilizar conhecimentos na prática clínica.

Relativamente ao período de contacto com a prática clínica, procurou-se refletir sobre as situações críticas vivenciadas durante todo o seu processo, visando o entendimento na sua plenitude. Para tal, foi realizada uma análise crítica constante no sentido de identificar e responder atempadamente a focos de instabilidade presentes e/ou potenciais, aplicando conhecimentos adquiridos ao longo de todo o percurso profissional e formativo ou revistos

através de bases de dados científicas e fiáveis. Esta análise foi sendo aprimorada de forma gradual, sendo, para tal, necessária a partilha constante com os enfermeiros supervisores clínicos, considerados peritos na área, e a Docente Orientadora.

Relativamente ao estágio I, o qual foi realizado num Serviço de Urgência, foi possível direcionar a prática clínica para a prestação de cuidados especializados em contexto de Sala de Emergência. Todas as experiências vivenciadas possibilitaram o contacto e desenvolvimento concreto com a abordagem à pessoa em situação crítica na sua fase mais instável e complexa, imediatamente após o seu transporte extra-hospitalar. Face ao exposto, foi igualmente possível observar e colaborar com equipas de emergência extra-hospitalar, nomeadamente da VMER, Suporte Imediato de Vida e helitransporte, algo que se considerou fundamental, uma vez que permitiu a compreensão das dinâmicas que se estabelecem entre as equipas internas e externas à instituição.

Com o intuito de aprofundar conhecimentos neste âmbito, durante o período do respetivo estágio, assistiu-se às palestras orquestradas no “2º Seminário de Enfermagem em Emergência Extra-hospitalar” (Anexo VI), a 18 de junho de 2021. Considera-se que a participação neste evento foi preponderante, uma vez que permitiu uma melhor compreensão da atuação da equipa de enfermagem em contexto de emergência extra-hospitalar não só em Portugal, mas também na Europa, contando com conferencistas internacionais. Além disso, o painel referente à Enfermagem Médico-Cirúrgica em Emergência Extra-hospitalar foi igualmente bastante interessante, o qual enalteceu a importância dos EE nesta área para que se assegure a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados neste âmbito. O seu alto grau de complexidade exige respostas especializadas de profissionais peritos capacitados para a mobilização de competências e aptidões adequadas a cada situação.

Considerando ainda a prática clínica desenvolvida ao longo do estágio I em contexto de Sala de Emergência, verificou-se que as causas de instabilidade clínica mais frequentes eram: a Enfarte Agudo do Miocárdio; Acidente Vascular Cerebral (AVC) Isquémico e Hemorrágico; Trauma; Traumatismo Crânio Encefálico; alteração do estado de consciência por etilismo ou outras causas; arritmias graves; alterações metabólicas; queimaduras; tentativa de suicídio; entre outros.

Face ao exposto, considera-se que a prestação de cuidados desenvolvida se centrou em múltiplos âmbitos, havendo a necessidade de desenvolver um conjunto de intervenções de enfermagem específicas a cada situação, nomeadamente a proteção da viabilidade da via aérea; os cuidados inerentes à ventilação mecânica invasiva (VMI) e não invasiva (VNI); os cuidados

associados à intubação orotraqueal durante todos os seus processos; a utilização e manutenção de dispositivos de monitorização invasivos (nomeadamente, as linhas arteriais); a resposta atempada a utentes da via verde coronária e via verde AVC; a administração e gestão de terapêutica medicamentosa; a gestão e controlo da dor; os cuidados prestados à pessoa vítima de queimadura, entre outros.

Atendendo ao contexto particular da Sala de Reanimação e à especificidade dos utentes, verificou-se que a atuação no seio de uma equipa multidisciplinar se assume como fundamental para que se garantam os melhores cuidados de saúde prestados e a máxima segurança da pessoa em situações de instabilidade clínica. Além disso, é essencial que se recorra ao um raciocínio clínico contínuo, mobilizando-se conhecimentos e competências adequadas em tempo útil, visando a avaliação sistematizada, antecipação, planeamento, intervenção, reavaliação e monitorização avançada da PSC face às suas necessidades de cuidados.

Relativamente ao processo de avaliação sistematizada do utente que ocorreu desde a sua entrada no SU, verificou-se a necessidade de mobilizar conhecimentos a um nível primário e secundário com o intuito de prestar os melhores e mais seguros cuidados de saúde possíveis. Para tal, foi essencial relembrar saberes apreendidos a nível teórico e, especialmente, evocados durante o curso de SAV. Quanto à avaliação primária, recorreu-se à avaliação ABCDE, a qual se assume como preponderante na abordagem sistematizada à vítima, cujo seu foco primordial é a estabilização do utente (INEM, 2012; AHA, 2020a). Além disso, reunidas as condições para tal, realizou-se igualmente a avaliação secundária dos utentes, recorrendo-se à mnemónica SAMPLE (*Signs and symptoms; Allergies; Medication; Past medical history; Last meal; Events leading up to present injury*) (AHA, 2020a).

Abordando a temática da pessoa vítima de trauma, houve igualmente necessidade de recorrer à revisão dos conteúdos abordados num curso Trauma realizado em 2017 e, mais recentemente, no curso de ITLS. Por conseguinte, foi essencial refletir conjuntamente com o enfermeiro supervisor, o qual albergava consigo uma vasta experiência neste âmbito. Deste modo, foi possível desenvolver e aperfeiçoar competências durante a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao utente vítima de trauma, nomeadamente na manutenção de via aérea avançada; descompressão de pneumotórax com colocação de drenagem torácica; avaliação de disfunção neurológica; mobilização do utente com colar cervical, em plano duro e/ou em maca *scoop*; identificação de sinais e sintomas de hemorragia interna; prevenção de hipotermia; entre outras oportunidades de aprendizagem.

Além disso, foi igualmente possível prestar cuidados à pessoa vítima de queimadura, considerando a sua causa, profundidade e gravidade. Neste caso em específico, evoca-se uma situação particular em que um utente dá entrada na Sala de Emergência do SU após uma queimadura térmica num forno a lenha. Ainda consciente e sem dificuldade respiratória aparente, o utente apresentava queimadura da hemiface direita, pescoço homolateral e membro superior direito, com sinais sugestivos de lesão por inalação de calor (nomeadamente, queimadura dos pelos nasais). Devido à localização da queimadura e do processo que iria desencadear gradualmente, após discussão em equipa multidisciplinar, foi decidida a opção de ventilação mecânica invasiva do utente a fim de manter a sua via aérea patente, antecipando potenciais compromissos. Além disso, foi ainda decidida a sua transferência por helitransporte para uma Unidade de Queimados para que lhe fossem prestados cuidados especializados e direcionados à sua situação. Contudo, torna-se igualmente importante fazer referência a outros cuidados realizados, nomeadamente o cálculo da superfície total corporal queimada; a reanimação volémica com fluidoterapia recorrendo à fórmula de *Parkland*; o arrefecimento das áreas queimadas e a preocupação simultânea de prevenção de hipotermia associada; e a realização do penso atendendo às características da queimadura, recorrendo a sulfadiazina de prata (Alson et al., 2020).

Relativamente ao contexto do estágio final (a UCIC), foi possível otimizar os cuidados prestados ao utente portador de patologia crítica cardíaca, seguindo a ordem de uma abordagem sistematizada. Deste modo, embora se tenha contactado com utentes deste foro no SU, a proximidade com esta realidade de uma forma mais profunda exigiu a procura constante de saberes relacionados com a mesma. Neste sentido, foi essencial aprofundar conhecimentos no âmbito de traçados eletrocardiográficos, bem como a interpretação dos mesmos e, posterior, correlação com desvios do padrão normal e antecipação de focos de instabilidade. Em acréscimo, essa interpretação foi também essencial para compreender a localização do EAM. Além disso, foi igualmente fundamental dar especial enfoque à patologia cardíaca associada a estenose valvular severa; descompensação de insuficiência cardíaca congestiva; endo e pericardites; derrame pericárdico; cardiopatias; cardiomiopatias de *Takotsubo*; disritmias graves com necessidade de cardioversão elétrica ou estimulação por pacemaker provisório; *status* pós-paragem cardiorrespiratória, entre outros.

Considerando a complexidade dos cuidados prestados ao doente crítico cardíaco e a sua necessidade de otimização, torna-se importante evocar uma situação específica, a qual envolveu uma utente com apenas 40 anos de idade, vítima de um EAM com grave extensão ventricular. Esta utente, transferida de um outro hospital da região de Lisboa e Vale do Tejo, já

tinha sido alvo de VMI e, na UCIC, encontrava-se agora com VNI. Apresentava cansaço fácil a muito pequenos esforços, encontrando-se em eminência de falência respiratória e necessidade de ventilação invasiva. Além disso, o seu prognóstico era reservado e aguardava um transplante cardíaco. Considerando a sua instabilidade clínica, a prestação de cuidados a esta utente foi igualmente complexa, exigindo a mobilização de aptidões que permitissem atuar na sua sobrevivência e minimização de complicações. Assim, atuou-se nos diagnósticos de enfermagem relacionados com o seu *status* clínico, nomeadamente nas suas atividades de vida diárias, e na gestão e manutenção de dispositivos invasivos e não invasivos.

Relativamente à UADCI, embora tenham sido realizados apenas três turnos de observação, procurou-se compreender os recursos que o serviço tinha ao seu dispor, bem como os protocolos complexos implementados, muitos dos quais se iniciavam na UCIC no período pré-procedimento. Verificou-se também a necessidade de compreender as dinâmicas que ocorrem durante os procedimentos realizados, tais como a angioplastia primária, cateterismo cardíaco eletivo, TAVI e implantação de pacemaker e/ou cardioversores internos permanentes. Considera-se que todos estes aspetos foram benéficos para a compreensão real do percurso do utente e, conseqüentemente, melhoria contínua dos cuidados prestados durante todo o processo.

Refletindo sobre ambos os estágios clínicos, o controlo e gestão da dor não foi descorado, pois é essencial para a humanização dos cuidados, assumindo-se como um dever dos profissionais de saúde e um direito dos utentes (DGS, 2013). Este quinto sinal vital é indissociável da PSC, tendo um cariz pessoal. Dependendo dos danos reais ou potenciais a que é associada, a dor é percecionada sensorial e emocionalmente (DGS, 2013; *International Association for the Study of Pain*, 2017). Deste modo, a gestão diferenciada da dor assumiu-se como um foco em todos os contextos, dando resposta à unidade de competência 1.3 emanada no regulamento das competências específicas do EE em EMC-PSC (OE, 2018).

Neste âmbito, procurou-se realizar a avaliação adequada da dor e garantir o bem-estar e conforto da PSC, recorrendo-se a instrumentos padronizados adequados face ao quadro clínico dos utentes, nomeadamente à escala numérica (sempre que os utentes tinham capacidade para a classificar verbalmente) e à *Behavioral Pain Scale* (sempre que o utente se encontrava sob sedo analgesia e/ou com alteração do estado de consciência). Perante os resultados obtidos, agiu-se recorrendo a medidas farmacológicas e não farmacológicas indicadas, articulando-se com a equipa médica.

Relativamente à unidade de competência 1.4, a qual se relaciona com a gestão da comunicação interpessoal estabelecida durante a relação terapêutica com a díade utente/família (OE, 2018), considera-se que em ambos os contextos clínicos se procurou desenvolver uma comunicação eficaz e assertiva centrada na sua individualidade, embora se tenha verificado uma necessidade de adaptação gradual face às particularidades do seu quadro clínico e casuística dos serviços. A abordagem de cuidados à PSC em contexto emergente pode influenciar diretamente a complexidade com que se comunica com o utente/família. Contudo, acredita-se ter-se adaptado formas de comunicação verbal e não verbal às situações vivenciadas, atendendo à empatia e confiança que deve ser respeitada.

Considerando o contexto pandémico, verificou-se como essencial prestar cuidados aos utentes não só de acordo com o seu quadro clínico, mas também de acordo com as consequências que as atuais condições acarretavam consigo. Este contexto, alinhado à necessidade de redução de visitas, influenciou diretamente o *status* emocional e psicológico quer dos utentes como dos seus familiares e pessoas significativas. Neste sentido, com o intuito de estabelecer uma relação terapêutica eficaz, foram mobilizadas estratégias holísticas que permitissem minimizar essas ausências e o sofrimento associado, nas quais se destacaram: a disponibilidade constante e redobrada para o diálogo e esclarecimento de dúvidas (inclusivamente, por via telefónica), escuta ativa e procura de conforto durante os cuidados.

Face ao exposto, considera-se ter-se alcançado competências específicas de EE neste âmbito e competências de mestre (1, 3, 4, 5 e 7). Na esfera de Mestre em Enfermagem, acredita-se ter-se demonstrado aptidões clínicas na conceção, gestão, prestação e supervisão dos cuidados de enfermagem na área de EMC-PSC, integrando-se conhecimentos que permitiram a tomada de decisão perante situações complexas. Além disso, a procura de aquisição e desenvolvimento de saberes e competências foi constante, tendo-se articulado proactivamente com a equipa multidisciplinar (UE, 2015).

4.2.2 Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

Segundo o artigo 3º da Lei de Bases da Proteção Civil - Lei nº 27/2006 (Assembleia da República, 2006), um acidente grave representa um acontecimento incomum com efeitos limitados no tempo e espaço, capaz de afetar seres humanos, outros seres vivos, bens e o

ambiente. Por sua vez, a catástrofe é um (ou uma série de) acidente(s) grave(s), normalmente relacionado(s) com elevados prejuízos materiais, causador de vítimas mortais e relacionado com elevada afetação das condições de vida e realidade socioeconómica em áreas ou na totalidade do território nacional.

Quanto às situações de exceção e emergência, é igualmente importante defini-las para que se possa refletir sobre a prática clínica desenvolvida neste âmbito. A exceção ocorre quando se verifica um desequilíbrio entre necessidades e recursos disponíveis, exigindo criteriosamente a atuação, coordenação e gestão de recursos humanos e técnicos disponíveis. Relativamente à emergência, esta ocorre quando uma pessoa sofre uma agressão que resulta de qualquer fator, originando, brusca ou violentamente, perda de saúde, influenciando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, induzindo risco de vida, o que implica uma assistência imediata (OE, 2018).

Posto isto, verifica-se que a ocorrência de situações de emergência, exceção e catástrofe dão origem a cuidados de saúde direcionados a pessoas em situação crítica. Todas estas situações são potencialmente geradoras de *stress* e ansiedade para os seres humanos que a vivenciam e para organizações, nas quais se incluem as de saúde (OMS, 2002). Assim sendo, estas circunstâncias criam desequilíbrio e podem transformar-se em traumáticas se não adereçadas de forma correta, podendo prejudicar a qualidade dos cuidados prestados e até mesmo a saúde de quem os presta, ao invés de se afirmarem como oportunidades de crescimento pessoal e profissional (Bagorriha & Pereira, 2020).

Perante tais pressupostos, o EE em EMC-PSC deve assumir um papel fundamental na dinamização da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, desde a sua planificação/conceção até à ação e avaliação (OE, 2018), procurando mecanismos que melhorem continuamente a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, bem como a segurança não só do doente como também dos próprios enfermeiros.

Inicialmente, para dar resposta ao desenvolvimento de tais competências, foram revistos conhecimentos, inclusivamente os que foram lecionados na Unidade Curricular de Enfermagem Médico-Cirúrgica 3, visando a sua mobilização na prática clínica. Além disso, procurou-se conhecer o plano interno de emergência da instituição. Relativamente aos contextos específicos, em ambos os estágios foram consultados os seus planos de evacuação, emergência e catástrofe, refletindo-se sobre os mesmos com os enfermeiros orientadores.

Abordando especificamente o contexto de SU, constatou-se que em caso de situações de exceção e catástrofe, o seu plano seguia o método de triagem primária START (*Simple Triage And Rapid Treatment*), a qual pretende triar um grande número de vítimas de forma mais rápida, dando resposta a simples descritores que irão dividir as vítimas em quatro categorias (INEMA, 2012).

Embora em nenhum dos estágios tenha sido necessário implementar os planos de emergência, catástrofe e evacuação, considera-se ter sido pertinente conhecer os mesmos no sentido de planear a sua resposta caso se verificasse necessário. Além disso, foi igualmente possível refletir sobre os mesmos, considerando a sua elaboração de acordo com as orientações científicas.

Relativamente à prestação de cuidados prestados à pessoa em situação de emergência, as oportunidades de desenvolvimento de competências neste âmbito foram inúmeras em ambos os contextos, o que permitiu a definição de prioridades e sistematização de intervenções a desenvolver perante cada situação em específico. Cada circunstância foi refletida individual e conjuntamente com os enfermeiros orientadores, possibilitando a consolidação da prática clínica especializada do EE em diversos âmbitos.

No contexto da UCIC em específico, foi possível prestar cuidados de emergência à pessoa em situação crítica de forma constante, tendo-se participado ativamente numa situação de reanimação cardiopulmonar. Embora altamente *stressante*, este episódio permitiu consolidar os conhecimentos e competências desenvolvidas ao longo do percurso profissional, recentemente lembradas no curso de SAV. Perante uma situação de morte iminente, considerou-se fundamental a observação direta da atuação da equipa de saúde, a qual possuía como objetivo coletivo a sobrevivência do utente e o seu restabelecimento. Para tal, verificou-se a articulação entre todos os elementos, onde cada um deles respeitou a sua função e respondeu prontamente às orientações do *team leader*. Nesta situação em particular, foi possível colaborar na preparação da terapêutica a administrar durante os ciclos de SAV, tendo-se conseguido recuperar a vida do utente em menos de dois ciclos. Contudo, após o seu término, verificou-se a inexistência de um tempo apropriado para o diálogo sobre aquela situação em específico, não havendo espaço para a realização de *debriefing*, o qual se assume como fundamental nestes casos em específico. Neste sentido, considerou-se importante abordar a temática no seio da equipa de enfermagem. Após *feedback* da Enfermeira Responsável do serviço e da enfermeira orientadora, realizou-se uma infografia relacionada com o “*DEBRIEFING*

APÓS SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA: Uma realidade em saúde a explorar” (Apêndice 8), a qual foi posteriormente enviada via *e-mail* para a equipa de enfermagem.

Relativamente à unidade de competência 2.5, a qual diz respeito aos cuidados de enfermagem perante indícios de prática de crime (OE, 2018), foi igualmente possível ter contacto com situações neste âmbito no contexto de SU. Uma das experiências evocadas é o caso de uma utente que dá entrada no serviço por ter sido agredida na face pelo seu respetivo companheiro, havendo um historial de episódios e queixas por violência doméstica. Neste sentido, além de se salvaguardar a preservação de vestígios que indiciavam a prática de crime e o seu encaminhamento para organismos competentes, o foco principal dos cuidados prestados foram a utente em todas as suas dimensões, principalmente física, psicológica e emocional. Após se terem despistado alterações neurológicas a partir da *anamnese* inicial e posterior relatório de Tomografia Axial Computorizada, a prática clínica de enfermagem foi igualmente direcionada para a avaliação do estado psíquico da utente, respeitando a sua situação e referenciando-a para outros profissionais de saúde competentes na área da saúde mental. Além disso, procurou-se estabelecer uma relação terapêutica de confiança e disponibilidade com a utente, visando auxiliar a mesma a vivenciar uma situação bastante complexa.

Por fim, é igualmente importante fazer novamente referência à prestação de cuidados à PSC no contexto de pandemia que se vivenciou, a qual foi considerada uma catástrofe sanitária e psicossocial dada a velocidade com que o vírus se propagou em escala mundial e a consequente incapacidade dos sistemas de saúde para responder oportunamente à mesma (Sá et al., 2020).

Neste sentido, enquanto profissional e futura EE em EMC-PSC, vivenciaram-se múltiplas situações complexas que foram encaradas como desafios para a prestação de cuidados de enfermagem. Tal é reconhecido pela própria Ordem dos Enfermeiros, a qual emitiu um voto de louvor e reconhecimento (Anexo XIII) a todos os enfermeiros por excederem os limites da sua profissão e a exercerem com resiliência.

Embora perante constantes adversidades inerentes à pandemia, procurou-se adaptar a prática clínica aos contextos reais de cuidados, respeitando as orientações emanadas pela DGS e as normas preconizadas na instituição e nos respetivos serviços. Além disso, a procura por atualização de conhecimentos foi constante, tendo-se assistido ao *Webinar* “Aprendendo com a Emergência – Capítulo III. O que aprendemos com a pandemia?” (Anexo V). Este evento considerou-se como essencial, uma vez que abordou não só a temática das emoções decorrentes da prática clínica neste contexto, mas também os cuidados de saúde prestados ao

doente crítico com COVID-19 em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos. Os conhecimentos adquiridos no módulo de “Estratégias para a ventilação/oxigenação otimizada” foram desenvolvidos, principalmente, ao longo do estágio clínico decorrido no SU, uma vez que foram prestados cuidados ao doente crítico com COVID-19.

Considerando o que foi anteriormente exposto, acredita-se ter-se alcançado competências específicas de EE neste âmbito e competências de mestre (1, 3, 4, 5, 6 e 7). Na esfera de Mestre em Enfermagem, demonstrou-se igualmente aptidões clínicas na conceção, gestão, prestação e supervisão dos cuidados de enfermagem em situações de emergência e catástrofe, integrando-se conhecimentos que permitiram a tomada de decisão perante situações complexas. Além disso, a procura de aquisição e desenvolvimento de saberes e competências foi constante, tendo-se articulado proactivamente com a equipa multidisciplinar. Em acréscimo, investiu-se igualmente na formação entre pares e colaboradores em ambos os contextos clínicos, procurando integrar a formação, investigação e políticas de saúde na prática clínica de enfermagem (UE, 2015).

4.2.3 Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Atualmente, as Infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e o aumento de resistência dos microrganismos aos antimicrobianos representam um problema de saúde mundial crescente (DGS, 2017a). Não só são responsáveis por um acréscimo de custos aos sistemas de saúde pelo prolongar dos internamentos a que estão associadas, como se encontram diretamente relacionados com um aumento da morbilidade e mortalidade (Lito, 2010). Deste modo, as suas implicações e consequências refletidas nos utentes, nas instituições de saúde e na comunidade não podem ser ignoradas (DGS, 2017a)

O controlo de infeção a nível hospitalar é tão antigo quanto a origem das primeiras unidades de saúde, tendo surgido na Idade Média. Contudo, só apenas no século XIX se realizaram importantes descobertas na área da microbiologia, tendo surgido as primeiras orientações relacionadas com a prevenção e controlo de infeções hospitalares através da prática da lavagem das mãos, da teoria de disseminação por contacto e as bases da bacteriologia (Duarte & Martins, 2019).

Em 1946, foi fundado o *Centers for Disease Control* (CDC) nos Estados Unidos da América que emanou, posteriormente, as primeiras normas de desinfecção. Em 2013, em Portugal, após o culminar de várias intervenções neste âmbito, foi consolidado o Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e das Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA), o qual se assumiu como prioritário (Duarte & Martins, 2019). O seu objetivo principal era implementar objetivos e recomendações do Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças, criando Grupos de Coordenação Local e Regional (Ministério da Saúde, 2013).

No sentido de reduzir as IACS e assegurar cuidados seguros, de qualidade e adequados, a DGS promove a implementação de boas práticas através da criação e aplicação de normas com feixes de intervenção de suporte, igualmente denominados como *bundles* para a prevenção de infeções associadas a procedimentos e dispositivos invasivos considerados importantes (DGS, 2017a). Dividindo-se em quatro, estes *bundles* são direcionados à prevenção de: infeção urinária associada ao cateter vesical (DGS, 2017b); infeção do local cirúrgico (DGS, 2015a); pneumonia associada à intubação (DGS, 2017c); e infeção relacionada com o Cateter Venoso Central (DGS, 2015b).

Na prestação de cuidados à PSC, as IACS assumem particular relevância, uma vez que se assiste crescentemente ao aumento de tecnologias cada vez mais invasivas e avançadas, bem como a terapêutica imunossupressora e antibioterapia. Por conseguinte, isto reflete-se no aumento do risco de infeção a que a PSC se encontra exposta (OE, 2017).

Considera-se que, ao longo de ambos os contextos clínicos, a prática clínica desenvolvida foi norteada pela execução de procedimentos que respeitassem as estratégias e orientações emanadas pelo CDC e pelo PPCIRA, tendo em conta as normas da DGS relacionadas com as IACS. Os conhecimentos apreendidos ao longo da Unidade Curricular de Enfermagem Médico-Cirúrgica 5 foram igualmente mobilizados.

No início de cada estágio, procurou-se conhecer e analisar as normas internas relacionadas neste âmbito, com o intuito de identificar se se encontravam em conformidade com as atuais recomendações. Em acréscimo, desenvolveu-se a prática clínica sustentada em conhecimentos específicos na área das IACS, visando assumir uma postura de referência para a equipa de saúde que cuida da PSC, procurando constantemente a excelência do cuidar.

No sentido de rever e aprofundar conhecimentos nesta área, frequentou-se igualmente um *Webinar* organizado pela *Sepsis Alliance Institute*, cujo tema foi: “*Sepsis & Trauma: What Frontline Providers need to know*” (Anexo IX). Durante este evento, foi possível consolidar

conhecimentos sobre a epidemiologia da *sepsis* associada ao trauma e o rápido reconhecimento que os profissionais de saúde devem deter para a prestação de cuidados de saúde direcionados em tempo útil.

Ainda no âmbito das IACS, frequentou-se igualmente um *Webinar* da Ordem dos Enfermeiros, intitulado como “Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico” (Anexo VII), o qual foi imprescindível para a prestação de cuidados ao doente crítico cardíaco no âmbito da sua ferida cirúrgica ao longo do estágio decorrido na UCIC.

Refletindo sobre o estágio final, realizou-se uma análise diagnóstica das necessidades do serviço relativamente à prevenção de IACS, considerando os feixes de intervenção preconizados. Com este intuito, foi, então, realizada uma entrevista não estruturada com a Enfermeira Supervisora, a Enfermeira Responsável do Serviço e a Enfermeira Responsável pelo Grupo de Coordenação Local do PPCIRA (GCL-PPCIRA). A articulação com estas profissionais de saúde permitiu a compreensão de dados associados à infeção relacionada com o cateter venoso central, o cateter vesical, o local cirúrgico e a pneumonia associada à intubação no serviço. Como culminar, identificou-se a necessidade de abordar a temática das Infeções Nosocomiais da Corrente Sanguínea associadas ao Cateter Venoso Central (Apêndice 10). Embora se tenha verificado uma densidade de incidência pouco significativa relativamente a este tipo de infeção no serviço (1, 81‰ / Em 6634 dias de internamento), a sua pertinência destacou-se, principalmente, por ser um dispositivo invasivo frequentemente utilizado no serviço que requer cuidados de excelência, algo que vai ao encontro das orientações nacionais (DGS, 2015b) e internacionais (The Joint Commission, 2013; The Joint Commission, 2013a)

Para finalizar esta análise, considera-se ter-se alcançado competências específicas de EE neste âmbito e competências de mestre (1, 3, 4, 5 6 e 7). Na esfera de Mestre em Enfermagem, demonstrou-se aptidões clínicas na conceção, gestão, prestação e supervisão dos cuidados de enfermagem associados à prevenção de IACS, integrando-se conhecimentos que permitiram a tomada de decisão perante situações complexas. Além disso, a procura de aquisição e desenvolvimento de saberes e competências nesta área foi constante, tendo-se articulado proactivamente com a equipa multidisciplinar, inclusivamente com um elemento do GCL-PPCIRA. Em acréscimo, investiu-se igualmente na formação entre pares e colaboradores de várias formas, procurando integrar a formação, investigação e políticas de saúde nacionais e internacionais na prática clínica de enfermagem (UE, 2015).

Com o intuito de finalizar este capítulo, realizando uma análise introspectiva do que foi anteriormente exposto e devidamente fundamentado, considera-se ter-se alcançado com

sucesso competências comuns e específicas do EE em EMC-PSC, bem como competências de Mestre em Enfermagem. Para tal, foram mobilizados recursos e estratégias de forma constante, as quais permitiram uma prática clínica de enfermagem especializada que salvaguardasse a segurança da PSC e sua respetiva família, mas também as equipas de saúde com que se contactou.

CONCLUSÃO

A vida é imprevisível e o dia de amanhã é sempre incerto, sobretudo quando o inesperado acontece. A par e passo com os ponteiros do relógio, segue-se em frente com o tempo que resta, o qual desencadeia desafios que devem ser vividos e ultrapassados da melhor forma que se consegue e com os recursos disponíveis, reinventando-se formas de ser e de estar.

Em semelhança com o que foi anteriormente descrito, podemos realizar uma analogia da imprevisibilidade da vida com a PSC, a qual é caracterizada pela presença ou potencial falência de uma ou mais funções vitais. Esta instabilidade pode ser provocada por situações críticas frequentemente inesperadas, instáveis e/ou agudização de doenças crónicas conhecidas. Perante estas situações, a sobrevivência do doente crítico pode ser claramente encarada com um desafio, a qual depende de cuidados de saúde complexos, especializados e assessorados por meios tecnológicos avançados.

O EE em EMC-PSC é, indubitavelmente, preponderante para a sobrevivência do doente crítico, desenvolvendo e mobilizando os conhecimentos e competências que tem ao seu dispor para salvaguardar a sobrevivência do mesmo. Perante situações hostis e potencialmente stressantes, este tem igualmente a capacidade de se reinventar, assegurando estratégias de prestação de cuidados que maximizem a sua resposta em situações de emergência, sustentadas fortemente em padrões de qualidade e segurança do doente.

Considera-se que o percurso formativo desenvolvido, o qual não finda com o término deste curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em EMC-PSC, foi repleto de oportunidades de aprendizagem, as quais possibilitaram o desenvolvimento de saberes e aptidões fundamentais não só no âmbito profissional, como pessoal.

Relativamente ao processo formativo desencadeado, considera-se que foram alcançadas competências comuns e específicas de EE em EMC-PSC e ME com sucesso, tendo-se recorrido a múltiplas estratégias que facilitaram o mesmo, tal como se pode constatar no quarto capítulo da redação deste relatório.

Sabe-se que os contextos que envolvem a PSC acarretam consigo desafios para a prestação de cuidados de enfermagem, influenciando o estabelecimento de uma comunicação eficaz não só com a díade utente/família, mas também no seio da equipa multidisciplinar. Desta forma, os enfermeiros devem mobilizar habilidades e competências práticas para responder

adequadamente às necessidades impostas, visando a satisfação e o bem-estar do cliente em todos os seus contextos.

Face ao exposto, considera-se que a IPM implementada ao longo do estágio final se assumiu como essencial para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à PSC, otimizando-se a sua segurança por se estimular uma comunicação efetiva da equipa de enfermagem durante a transição de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório.

Tais resultados foram obtidos através da criação e implementação de instrumentos de registo elaborados em género de *checklist*, os quais respeitaram a técnica de comunicação ISBAR. A pertinência da utilização destas estratégias foi igualmente reforçada por outros autores, conforme descrito na fundamentação teórica da pertinência da IPM.

Além disso, uma vez que a utilização destes instrumentos se foca especificamente na transição de cuidados do doente crítico no período pré-operatório, considera-se que o desenvolvimento desta IPM contribuiu para uma área investigativa que ainda carece de algum enfoque por parte da comunidade de investigação em enfermagem. Chega-se a esta conclusão por se ter comprovado, através da revisão da literatura realizada, que ainda existem relativamente poucos estudos que abordem a temática das transições de cuidados do doente crítico em contexto pré-operatório.

Embora se tenha assumido como um contributo, é importante continuar a apostar no desenvolvimento de projetos e programas de melhoria que retratem este contexto, uma vez que não é apenas no período intra e pós-operatório que se verifica instabilidade clínica e vulnerabilidade da PSC.

Deste modo, importa ainda referir o quão gratificante foi ter a perceção da forma como o desenvolvimento desta IPM contribuiu para a melhoria dos conhecimentos e da prática clínica da equipa de enfermagem neste âmbito, a qual se reflete em melhorias significativas para a segurança e qualidade da PSC.

Considerando tudo o que foi descrito e analisado ao longo deste relatório final, considera-se ter-se alcançado os objetivos inicialmente delineados. Por fim, a frequência deste Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em EMC-PSC termina com a entrega deste relatório, que visa a sua posterior defesa pública.

REFERÊNCIAS

- ACSS. (2022). *Benchmarking Hospitais - Acesso*. https://benchmarking-acss.min-saude.pt/BH_AcessoDashboard
- AESES. (2017). *Regulamento do Funcionamento do Mestrado em Enfermagem*. <https://gdoc.uevora.pt/480490>
- Afonso, A., Pires, C., Vaz, T., & Anes, E. G. (2013, junho). *Análise SWOT do Curso de Enfermagem*. [Livro de Atas - E-book]. Primeiras Jornadas de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/10266/1/An%C3%A1lise%20SWOT%20do%20Curso%20de%20Enfermagem.%20ESSa%202013.pdf>
- Agarwala, A. V., Lane-Fall, M. B., Greilich, P. E., Burden, A. R., Ambardekar, A. P., Banerjee, A., . . . Cooper, J. B. (2019). Consensus Recommendations for the Conduct, Training, Implementation, and Research of Perioperative Handoffs. *Anesthesia & Analgesia*, 128(5), e71-e78. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004118>
- American Heart Association (AHA). (2020). *Heart Disease and Stroke Statistics - 2020 Update: A Report from the American Heart Association*. <https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/CIR.0000000000000757>
- American Heart Association (AHA). (2020a). *Advanced Cardiovascular Life Support Provider Manual*. Estados Unidos da América: American Heart Association.
- Alson, R. L., Han, K. H., & Campbell, J. E. (2020). *International trauma life support for emergency care* (9ª edição ed.). Estados Unidos da América: Pearson Education.
- American Psychological Association [APA] (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Assembleia da República. (2006). *Lei n.º 27/2006*. Diário da República n.º 126/2006, Série I de 2006-07-03, páginas 4696 - 4706. <https://files.dre.pt/1s/2006/07/12600/46964706.pdf>
- Assembleia da República. (2014). *Lei n.º 15/2014*. Diário da República, 1.ª série — N.º 57 — 21 de março de 2014. <https://www.sns24.gov.pt/wp-content/uploads/2019/08/Lei-n.%C2%BA-152014-de-21-de-mar%C3%A7o.pdf>

- Assembleia da República. (2015). *Lei n.º 156/2015*. Diário da República n.º 181/2015, Série I de 2015-09-16, páginas 8059 - 8105: <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Bagorrihla, T. M., & Pereira, M. (2020). *Debriefing da Equipa de Enfermagem no Serviço de Urgência como Determinante na Segurança do Doente Crítico*. [Relatório de Estágio - Mestrado em Enfermagem | Instituto Politécnico de Portalegre, Curso em Associação]. Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/33210>
- Barretta, J. C., & Dallacosta, F. M. (2018). *Doença Cardiovascular e Cirurgia Cardíaca*. Seminário De Iniciação Científica E Seminário Integrado De Ensino, Pesquisa E Extensão.: <https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/siepe/article/view/18734>
- Becker, A. M., & Lane-Fall, M. (2017). Transitions of Care in the Perioperative Period. *Current Anesthesiology Reports*. 7:421–426. <https://doi.org/10.1007/s40140-017-0244-3>
- Benner, P. (1982). *Issues in Competency – Based Testing*. *Nursing outlook*, 30 (5), 303-309.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Camargo, F. C., Iwamoto, H. H., Galvão, C. M., Monteiro, D. A., Goulart, M. B., & Garcia, L. A. (2017). Modelos para a Implementação da Prática Baseada na Evidências na Enfermaria Hospitalar: Revisão Narrativa. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 26 (4): e2070017. 1-12. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002070017>
- Coriolano-Marinus, M., Queiroga, B., Ruiz-Moreno, L., & Lima, L. S. (2014). Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. *Saúde e Sociedade - SciELO*. 23 (4). 1356-1369. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000400019>
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2013). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Circular Normativa. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2015a). *Norma 020/2015 - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202015-de-15122015-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde (DGS). (2015b). *Norma 022/2015 - "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relacionada-com-cateter-venoso-central.pdf>

Direção-Geral da Saúde (DGS). (2015). *Rede de Referência de Cardiologia – Proposta de Atualização*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/rede-referencia%C3%A7%C3%A3o-hospitalar-cardiologia-v.2015.pdf>

Direção-Geral da Saúde (DGS). (2016). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Cirurgia Cardiorácica*. <https://s-1.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-CCT.pdf>

Direção-Geral da Saúde (DGS). (2016a). *Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números – 2015*. <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-cerebro-cardiovasculares-em-numeros-2015-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde (DGS). (2017). *Norma 001/2017 - Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde (DGS). (2017b). *Norma 019/2015 - "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0192015-de-15122015-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde (DGS). (2017c). *Norma 021/2015 - "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015-pdf.aspx>

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

Duarte, A. & Martins, O. (2019). *Controlo da Infecção Hospitalar*. Lidel.

Dusse, F., Pütz, J., Böhmer, J., Schieren, M., Joppich, R., & Wappler, F. (2021). Completeness of the operating room to intensive care unit handover: a matter of time? *BMC Anesthesiology*. 21:38. 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12871-021-01247-3>

- Farias, M., Brito, L., Santos, A., Guedes, M., Silva, L., & Chaves, E. (2019). Reflexões sobre o saber, saber-fazer e saber-estar na formação de enfermeiros. *Revista Mineira de Enfermagem*. 23:e-1207. 1-4. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190055>
- Fawcett, J. (2005). *Contemporary Nursing Knowledge – Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. F.A. Davis Company.
- Ferrito, C. (2014). *Conceitos Básicos em enfermagem perioperatória*. em Duarte & Martins. *Enfermagem em Bloco Operatório*. Lousã: LIDEL.
- Fradique, M. d., & Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Referência - Revista de Enfermagem*. III (10). 45-53. <https://doi.org/10.12707/RIII12133>
- Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (2015). *Despacho n.º 1400-A/2015 | Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*. Diário da República, 2.ª série — N.º 28 — 10 de fevereiro de 2015. <https://files.dre.pt/2s/2015/02/028000001/0000200010.pdf>
- Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (2015a). *Despacho n.º 5613/2015 | Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020*. Diário da República, 2.ª série — N.º 102 — 27 de maio de 2015 <https://files.dre.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>
- Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2021). *Despacho n.º 9390/2021 | Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. Diário da República n.º 187/2021, Série II de 2021-09-24. <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>
- Hall, M., Robertson, J., Merkel, M., Aziz, M., & Hutchens, M. (2017). A Structured Transfer of Care Process Reduces Perioperative Complications in Cardiac Surgery Patients. *Anesthesia & Analgesia*. 125(2). 477-482. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002020>
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2020). *Estatísticas da Saúde 2018*. https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=427101926&att_displ ay=n&att_download=y

- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2021). *Censos 2021 - Divulgação dos Resultados Provisórios*. https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=536533815&att_display=n&att_download=y
- INEM. (2012). *Abordagem à Vítima*. ISBN 978-989-8646-04-0.
- INEM. (2012a). *Situação de Exceção: Manual TAS*. ISBN 978-989-8646-08-8.
- International Association for the Study of Pain [IASP] (2017). Definition of pain. <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/#pain>
- Larrabee, J. (2011). *Nurse to Nurse – Prática Baseada em Evidências em Enfermagem*. . Brasil: McGrawHill.
- Leonardsen, A.-C., Moen, E. K., Karlsøen, G., & Hovland, T. (2019). A quantitative study on personnel's experiences with patient handovers between the operating room and the postoperative anesthesia care unit before and after the implementation of a structured communication tool. *Pagepress Journals*. 9(8041). 1-5. <https://doi.org/10.4081/nursrep.2019.8041>.
- Lito, L. M. (2010). Epidemiologia da Infecção Hospitalar. *Cadernos de Saúde*. Volume 3 (Número especial Infecção Associada à Prática de Cuidados de Saúde). 25-31. <https://revistas.ucp.pt/index.php/cadernosdesaude/article/view/2988/2888>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory : middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Ministério da Saúde. (1996). *Decreto-Lei n.º 161/96*. Diário da República n.º 205/1996, Série I-A de 1996-09-04. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>
- Ministério da Saúde. (1998). *Decreto-Lei n.º 104/98*. Diário da República n.º 93/1998, Série I-A de 1998-04-21. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/104-1998-175784>
- Ministério da Saúde. (2007). *Decreto-Lei n.o 50-A/2007*. Diário da República n.º 46/2007, 1º Suplemento, Série I de 2007-03-06. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/50-a-2007-262834>
- Ministério da Saúde. (2013). *Despacho no 15423/2013 - Criação dos grupos de Coordenação Regional e Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos*

- Antimicrobianos*. Diário da República, 2.ª série — N.º 229 — 26 de novembro de 2013. <https://dre.pt/application/conteudo/2965166>
- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde - 2018*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf
- Monteiro, S., Timóteo, A. T., Caeiro, D., Silva, M., Tralhão, A., Guerreiro, C., . . . Morais, J. (2020). Cuidados intensivos cardíacos em Portugal: projetar a mudança. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 39(7). 401-406. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2020.04.007>
- Nasiri, E., Lotfi, M., Mahdavinoor, S. M., & Rafiei, M. H. (2021). The impact of a structured handover checklist for intraoperative staff shift changes on effective communication, OR team satisfaction, and patient safety: a pilot study. *Patient Safety Surgery (BioMed Central)*. 15(25). 1-9. <https://doi.org/10.1186/s13037-021-00299-1>.
- Nunes, L. (2020). *Aspetos Éticos na Investigação em Enfermagem*. ISBN: 978-989-54837-0-9. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20in%20vestigacao%20Enf_jun%202020.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2016). *CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2017). *Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2018). *Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16. <https://dre.pt/home/-/dre/115698617/details/maximized>

- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2019). *Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019. <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2019a). *Regulamento n.º 743/2019 - Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Diário da República n.º 184/2019, Série II de 2019-09-25. <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2002). *Environmental health in emergencies and disasters - A Practical Guide*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42561/9241545410_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2021). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. Obtido de World Health Organization (Organização Mundial de Saúde): [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2021a). *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
- Papalia, D. E., Feldman, R. D., & Martorell, G. (2013). *Desenvolvimento Humano* (12ª edição ed.). Porto Alegre: AMGH Editora Ltda.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pokojová, R., & Bártlová, S. (2018). Effective communication and sharing information at clinical handovers. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 9(4), 947-955. <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2018.09.0028>
- PORDATA - Base de Dados Portugal Contemporâneo (PORDATA). (2021). *SNS: Urgências nos Hospitais*. <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>
- Potter, & Perry. (2006). *Fundamentos de Enfermagem - Conceitos e Procedimentos*. Loures: Lusociência.
- Presidência do Conselho de Ministros. (2018). *Decreto-Lei n.º 65/2018*. Diário da República, 1.ª série — N.º 157 — 16 de agosto de 2018. <https://data.dre.pt/application/conteudo/116068879>

- Reine, E., Aase, K., Ræder, J., Thorud, A., Ræder, J., & Thorud, A. (2020). Exploring postoperative handover quality in relation to patient condition: A mixed methods study. *Journal of Clinical Nursing Wiley*. 30. 1046–1059. <https://doi.org/10.1111/jocn.15650>
- Ruivo, A., Ferrito, C., Nunes, L. & Estudantes do 7º Curso de Licenciatura em Enfermagem (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*. Nº 15. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Sá, M. d., Miranda, L., & Magalhaes, F. C. (2020). PANDEMIA COVID-19: CATÁSTROFE SANITÁRIA E PSICOSSOCIAL. *Caderno de Administração*. 28. 27-36. <https://doi.org/10.4025/cadadm.v28i0.53596>
- Santos, M. C., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T., & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Volume Temático (*Issue 10*). 47-57. <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-comunicacao-em-saude-e-seguranca-X0870902510898583>
- Saúde - Gabinete da Ministra. (2019). *Despacho n.º 12333/2019*. Diário da República n.º 246/2019, Série II de 2019-12-23. <https://files.dre.pt/2s/2019/12/246000000/0007600077.pdf>
- Saúde - Gabinete da Secretária de Estado da Saúde. (2018). *Despacho n.º 9323-A/2018*. Diário da República, 2.ª série — N.º 191 — 3 de outubro de 2018. <https://files.dre.pt/2s/2018/10/191000001/0000200005.pdf>
- Saúde - Gabinetes dos Secretários de Estado Adjunto e da Saúde. (2017). *Despacho n.º 3350/2017*. Diário da República n.º 78/2017, Série II de 2017-04-20. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/3350-2017-106901027>
- Silva, R. d., Jacinto, R. R., & Pereira, R. G. (2021). Formação pedagógica na enfermagem: reflexão para a prática. *Revista Eletrônica Acervo Enfermagem*. v.15. 1-6. <https://doi.org/10.25248/reaenf.e9080.2021>
- Sitoe, R. M. (2006). Aprendizagem ao Longo da Vida: Um conceito utópico?. *Comportamento organizacional e gestão*. 12(2). 283-290. <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/142/1/COG%2012%20%282%29%20%282006%29%20283-290.pdf>

- SNS. (2016). *Hospital do Espírito Santo de Évora*. <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/hospital-espírito-santo-epe-evora/>
- Talley, D. A., Dunlap, E., Silverman, D., Katzer, S., Huffines, M., Dove, C., & et, a. (2019). Improving Postoperative Handoff in a Surgical Intensive Care Unit. *CriticalCareNurse*. 39(5). e13-e21. <https://doi.org/10.4037/ccn2019523>
- Taurino, I.J.M. 2019. Cirurgia cardíaca: refletindo sobre o cuidado de enfermagem no período pós-operatório. *Revista PubSaúde*. 2. a014. <https://dx.doi.org/10.31533/pubsaude2.a014>
- The Joint Comission. (2013). *CVC Insertion Bundles*. https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/clabsi/clabsi_toolkit_tool_3-18_cvc_insertion_bundles.pdf?db=web&hash=0EF50D5D763A3694D28938B3B5DED960&hash=0EF50D5D763A3694D28938B3B5DED960
- The Joint Comission. (2013a). *CVC Maintenance Bundles*. https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/clabsi/clabsi_toolkit_tool_3-22_cvc_maintenance_bundles.pdf?db=web&hash=DEBDCB7FB282A93419C47E4162ABA3A5&hash=DEBDCB7FB282A93419C47E4162ABA3A5
- Thomé, A., Bernardo, T., Araújo, R., & Costa, C. (2021). Checklist para cirurgia cardíaca segura: revisão integrativa. *Research, Society and Development Journal*. 10(15). e434101523213. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i15.23213>
- Timóteo, A., Carmo, M., Soares, C., & Ferreira, R. (2019). Será a síndrome metabólica um marcador de prognóstico em doentes com elevado risco cardiovascular? Um estudo de coorte a longo-prazo. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 38(5). 325-332. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2018.06.012>
- Universidade de Évora (UE). (2015). NCE/14/01772 - Apresentação de Pedido corrigido - Novo ciclo de estudos. https://www.ippportalegre.pt/media/filer_public/8b/f9/8bf9ede9-ec5c-423d-96d9-76a8d9e1b057/mestrado_em_enfermagem.pdf
- Wilbanks, B. A., Geisz-Everson, M., Clayton, B. A., & Boust, R. R. (2018). Transfer of Care in Perioperative Settings: A Descriptive Qualitative Study. *AANA (American Association of Nurse Anesthesiology) Journal*. 86(5). 401-407. https://www.aana.com/docs/default-source/aana-journal-web-documents-1/transfer-of-care-in-perioperative-settings-a-descriptive-qualitative-study-aana-journal-october-2018.pdf?sfvrsn=4c0754b1_4

APÊNDICES

Apêndice 1 – Plano de Trabalho da IPM

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Universidade de Évora
Escola Superior de Enfermagem São João de Deus
Mestrado em Enfermagem (Curso em Associação) / Especialização em Enfermagem
Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica
Ano Letivo 2021/2022
2º Ano – 1º Semestre

Unidade Curricular: Estágio Final
Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC)

Pré-projeto de Intervenção *Major*
“Comunicação efetiva na transição de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório”

Orientação Pedagógica:
Prof.ª Dr.ª Maria Céu Marques

Discente:
Joana Pisco, m47245

Évora, novembro de 2021

O doente crítico, igualmente denominado como pessoa em situação crítica (PSC), é aquele “cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.” (OE, 2018, p. 4). Transpondo esta definição para o doente crítico cardíaco, pode-se afirmar que este encontra a sua sobrevivência ameaçada por disfunção profunda ou falência do sistema cardiovascular devido a eventos críticos patológicos como, por exemplo, o Enfarte Agudo do Miocárdio, Arritmias graves, Estenose Aórtica Severa e Tamponamento Cardíaco.

Perante a complexidade do seu quadro clínico, a sobrevivência da PSC e, neste caso, do doente crítico cardíaco pode depender de tratamento cirúrgico, no qual se inclui a cirurgia de revascularização do miocárdio, a cirurgia de substituição valvular aórtica, entre outras, cujo objetivo primordial é melhorar o seu estado de saúde, corrigindo ou minimizando focos de instabilidade. Neste sentido, o doente crítico com indicação para tratamento cirúrgico é integrado na pessoa em situação perioperatória, a qual será submetida a atos cirúrgicos e anestésicos que acarretam consigo vulnerabilidade e riscos inerentes a tais procedimentos (OE, 2018).

Além da necessidade de controlo rigoroso, da alta tecnologia e do elevado número de dispositivos médicos que compõem o ambiente perioperatório, este é igualmente caracterizado por intensos fluxos de comunicação que envolvem várias equipas multidisciplinares, envolvendo múltiplas transferências de cuidados, verificando-se maior predisposição para a ocorrência de erros (OE, 2017).

Segundo a Direção-Geral de Saúde, a transição de cuidados de saúde é definida como qualquer momento de transferência da responsabilidade de cuidados, os quais envolvem trocas de informação entre profissionais que visam a continuidade e segurança dos cuidados. Estes momentos são considerados críticos e vulneráveis, podendo comprometer a segurança do doente pelo risco de erro inerente à transmissão de informação (DGS, 2017).

Assim, é importantíssimo que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, criem e adotem mecanismos que minimizem esses riscos e promovam a segurança da PSC durante a transição de cuidados em contexto perioperatório, destacando-se a comunicação efetiva. Segundo a CIPE (2016), a “comunicação efetiva” é um foco de enfermagem cuja sua descrição nos remete à comunicação que, por sua vez, é definida como:

“Comportamento interativo: dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não verbais face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados.” (OE, 2016, p. 47).

De acordo com a norma nº 001/2017 da DGS, o estabelecimento de uma comunicação eficaz entre profissionais de saúde exige que a transmissão de informação entre os mesmos seja precisa, completa, oportuna, atempada, sem ambiguidade e compreendida. Segundo a mesma norma, a técnica de comunicação ISBAR deve ser utilizada como um instrumento padronizado de comunicação em saúde, uma vez que promove a segurança do doente em todos os momentos de transição de cuidados (DGS, 2017).

Na área de EMC-PSC, o EE é responsável por demonstrar conhecimentos e habilidades na implementação de estratégias de comunicação, adaptando-a à complexidade do estado de saúde do doente crítico (OE, 2018).

De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, a comunicação é um foco bastante enunciado, evidenciando a sua relevância não só para os cuidados gerais de enfermagem, mas também para a prática de enfermagem especializada. Em EMC-PSC, o EE deve gerir a comunicação interpessoal que estabelece e a informação que fornece, inclusivamente aquela que presta ao doente crítico e à sua família durante a vivência de um processo complexo de falência ou eminência de falência multiorgânica (OE, 2017).

Deste modo, compreende-se que a comunicação efetiva entre a equipa de cuidados é essencial, particularmente na equipa de enfermagem, assumindo-se como fulcral nos cuidados à pessoa em situação crítica em todos os seus contextos, inclusivamente naqueles em que se verifica necessidade de tratamento cirúrgico, o qual poderá acarretar consigo maiores riscos. A comunicação efetiva da equipa de enfermagem durante a transição de cuidados do doente crítico em contexto perioperatório contribui, assim, para a sua segurança através de uma continuidade de cuidados eficaz.

Uma vez que o presente estágio se encontra a decorrer numa Unidade de Cuidados Intensivos do foro cardíaco e, frequentemente, os doentes têm indicação para tratamento cirúrgico, foi selecionada esta temática dado que foi identificada uma lacuna neste âmbito.

Segue-se, assim, a descrição das etapas de conceção deste projeto de intervenção.

População-Alvo

Elementos da equipa de enfermagem do serviço que Cardiologia que exerçam funções na UCIC durante o período de implementação do projeto (13 de setembro de 2021 a 28 de janeiro de 2022).

Os critérios de inclusão são: Enfermeiros; Em funções na UCIC.

Diagnóstico de situação

Após validados os critérios de inclusão, segue-se o diagnóstico de situação, também denominado como avaliação diagnóstica, o qual irá ocorrer em quatro fases distintas.

Numa primeira fase, realizam-se entrevistas não estruturadas com a Enfermeira Responsável do serviço e com a Enfermeira Orientadora acerca das lacunas a colmatar.

Após este primeiro passo, segue-se a observação e análise reflexiva do contexto clínico, incidindo-se sobre a eficácia da comunicação estabelecida pela equipa de enfermagem relativamente ao doente crítico cardíaco com indicação para tratamento cirúrgico, recorrendo-se à análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats*), em Portugal denominada como análise FOFA (Forças, Oportunidades, Fraquezas, Ameaças).

Numa terceira fase, realiza-se uma auditoria à comunicação estabelecida pela equipa de enfermagem durante os momentos de transição de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório, recorrendo-se à norma nº 001/2017 da DGS (Anexo 1), cujo título é "Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde" (DGS, 2017). Esta auditoria permitirá avaliar se a comunicação estabelecida é eficaz durante a transferência de informação sobre o doente crítico cardíaco em contexto perioperatório.

Por fim, com o objetivo de avaliar os conhecimentos e a perceção da equipa de enfermagem da UCIC sobre a importância da comunicação efetiva durante a transição de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório, irá ser solicitada a sua colaboração para responder a um questionário formulado de raiz, atendendo ao anonimato, à confidencialidade, ao consentimento livre e informado e a todas as questões éticas que lhe são inerentes (Anexo 2). Este questionário poderá ser respondido em folha própria ou recorrendo ao *GoogleForms*.

Objetivos

Objetivo Geral

- Promover a comunicação efetiva da equipa de enfermagem da UCIC durante a transição de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório;

Objetivos Específicos

- Avaliar a perceção dos enfermeiros da UCIC sobre a importância da comunicação efetiva durante a transição de cuidados do doente crítico cardíaco;

- Realizar auditoria sobre a comunicação efetiva durante a transição de cuidados do doente crítico cardíaco perioperatório com recurso ao instrumento de auditoria da Norma 001/2017 da DGS;
- Elaborar um instrumento de registo estruturado sobre a comunicação efetiva na transição de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório, em conformidade com a Norma 001/2017 da DGS;
- Apresentar aos enfermeiros da UCIC o projeto em desenvolvimento, visando a adesão ao mesmo;
- Implementar o projeto;
- Avaliar o impacto do projeto, através da realização de auditoria com recurso ao instrumento de auditoria da Norma 001/2017 da DGS.

Planeamento e Execução

O planeamento previsto do presente projeto de intervenção decorrerá desde o período em que se inicia o estágio até ao final do mês de novembro de 2021.

Deste modo, após ter sido realizada a avaliação diagnóstica na sua totalidade, as atividades a planear e a desenvolver consistem em:

1) Elaborar um instrumento de registo estruturado sobre a transição segura de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório de caráter interno (será aplicada nos momentos de transição de cuidados do utente para o serviço de Bloco Operatório do mesmo hospital);

2) Elaborar um instrumento de registo estruturado sobre a transição segura de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório de caráter externo (será aplicada nos momentos de transição de cuidados do utente com indicação para tratamento cirúrgico noutro hospital de destino);

3) Apresentar o instrumento de registo estruturado à Enfermeira Chefe, à Enfermeira Orientadora e à Orientadora Pedagógica para receber feedback e autorização para a sua implementação, reformulando o que for necessário;

4) Apresentar o instrumento de registo estruturado à equipa de enfermagem da UCIC e realizar formação em serviço sobre o seu preenchimento e implementação, recorrendo à Formação em Serviço online sob a forma de vídeo, a qual ficará disponível para que os enfermeiros possam assistir quando tiverem disponibilidade para tal;

5) Reforçar a formação contínua dos enfermeiros da UCIC sobre o preenchimento e implementação do instrumento de registo estruturado durante os turnos executados, avaliando a sua implementação;

6) Realizar auditoria sobre a implementação do projeto, recorrendo novamente ao instrumento de auditoria da Norma 001/2017 da DGS.

Delineadas as atividades a implementar, estas serão executadas durante os meses de dezembro de 2021 e janeiro de 2022, seguindo-se a avaliação dos resultados esperados.

Análise e tratamento dos resultados esperados

Todos os dados recolhidos serão analisados e tratados, visando a sua utilização única e exclusiva para este projeto. Além disso, a análise dos dados obtidos permitirá ainda concluir se as metas inicialmente traçadas foram alcançadas.

Avaliação, discussão e divulgação dos resultados obtidos

Uma vez analisados os resultados obtidos, será elaborada uma avaliação reflexiva dos mesmos, os quais serão discutidos e apresentados à orientadora pedagógica. Posteriormente, para finalizar o projeto de intervenção major estabelecido, os resultados serão igualmente divulgados através do Relatório Final, o qual será sujeito a discussão em prova pública.

Considerações éticas

Segundo Nunes (2020), todos os projetos académicos desenvolvidos numa instituição devem estar obrigatoriamente autorizados pelo órgão responsável e representante da organização. Assim, para responder a tais exigências e salvaguardar questões éticas, o projeto será submetido à Comissão Científica do Curso de Mestrado em Enfermagem, à Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora e à Comissão de Ética do hospital onde decorre o estágio.

No que diz respeito à autorização individual de cada participante, esta implica um consentimento livre e esclarecido, o qual pode ser levantado em qualquer instância sem prejuízos ou penalizações (Nunes, 2020). Assim, foi elaborado um questionário confidencial que preserva o anonimato das fontes e a omissão de qualquer tipo de referência que implique a identificação dos participantes. Além disso, este questionário engloba um consentimento informado, livre e esclarecido, que valida a vontade própria dos participantes responderem aos mesmo.

Referências

DGS. (2017). *Norma 001/2017 - Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Obtido em outubro de 2021, de Direção-Geral da Saúde: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

Nunes, L. (2020). *Aspetos Éticos na Investigação em Enfermagem*. Obtido em outubro de 2021, de Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf

OE. (2016). *CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Obtido em setembro de 2021, de https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf

OE. (novembro de 2017). *Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Obtido em setembro de 2021, de Ordem dos Enfermeiros: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

OE. (2018). *Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Obtido em maio de 2021, de DRE: <https://dre.pt/home/-/dre/115698617/details/maximized>

Anexos

Anexo 1 – Instrumento de Auditoria - Norma: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde"

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

Avaliação final:

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

Anexo 2 – Questionário de avaliação diagnóstica

Disponível para preenchimento através do link <https://forms.gle/H1qaaPG4odMZS8ua6> ou em folha própria impressa.

Questionário de Diagnóstico: "Comunicação efetiva na transição de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório"

Eu, Joana Sofia de Almeida Pisco, aluna do Mestrado em Enfermagem/Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, encontro-me a desenvolver um projeto de intervenção durante o Estágio Final, cujo título é: "Comunicação efetiva dos enfermeiros na transição de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório".

O presente questionário foi desenvolvido no âmbito deste projeto e pretende avaliar a perceção da equipa de enfermagem da UCIC sobre a importância da comunicação efetiva durante a transição de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório, motivo pelo qual peço a sua colaboração para o preenchimento do mesmo.

[Inicie sessão no Google](#) para guardar o seu progresso. [Saiba mais](#)

Corpo Investigativo

Investigadora: Joana Pisco | E-mail: m47245@alunos.uevora.pt | Contacto: 967319732
Docente orientadora: Professora Doutora Maria Céu Marques | E-mail: mcmarques@uevora.pt

[Seguinte](#)



Página 1 de 4

[Limpar formulário](#)

Consentimento Livre e Esclarecido

O presente projeto tem como principal objetivo 'promover a comunicação efetiva da equipa de enfermagem da UCIC durante a transição de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório', pelo que este questionário surge como complemento da sua avaliação diagnóstica. Todos os dados recolhidos são anónimos e todas as respostas são confidenciais, ficando salvaguardadas em local próprio, sendo única e exclusivamente utilizados no âmbito deste projeto. O preenchimento do questionário é livre e para que tal aconteça, solicito o seu consentimento. Relembro que me encontro à sua inteira disposição para esclarecimento de qualquer tipo de dúvidas que eventualmente possam surgir.

Declaro dar o meu consentimento livre e esclarecido para a participação neste projeto, tendo sido informado do seu objetivo e da forma como os meus dados serão salvaguardados através da confidencialidade, sigilo, anonimato e omissão de informações passíveis de identificação. Fui informado de que o meu consentimento poderá ser suspenso a qualquer momento, sem prejuízos ou penalizações. *

Sim

Anterior

Seguinte

Página 2 de 4

Limpar
formulário

Assinale, por favor, a sua categoria profissional e o contexto onde exerce funções:

Categoria Profissional

- Enfermeiro Generalista
 Enfermeiro Especialista

Se é Enfermeiro Generalista, encontra-se a frequentar algum curso de especialização?

A sua resposta _____

Se é Enfermeiro Especialista, qual a área de especialização?

A sua resposta _____

Quantos anos tem de experiência?

A sua resposta _____

Exerce funções no Serviço de Cardiologia em:

- UCIC
 Enfermaria
 Ambos

Anterior

Seguinte

Página 3 de 4

Limpar
formulário

Pense no seu último ano a exercer funções e assinale o número que melhor se aplica à sua realidade:

1 - Sempre / 2 - Quase sempre / 3 - Por vezes / 4 - Nunca

Considero a comunicação entre os enfermeiros fundamental para a segurança do doente crítico

- 1 - Sempre
- 2 - Quase sempre
- 3 - Por vezes
- 4 - Nunca

Considero a comunicação entre os enfermeiros fundamental para a segurança do doente crítico cardíaco

- 1 - Sempre
- 2 - Quase sempre
- 3 - Por vezes
- 4 - Nunca

Considero a comunicação entre os enfermeiros fundamental para a segurança do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório

- 1 - Sempre
- 2 - Quase sempre
- 3 - Por vezes
- 4 - Nunca

Considero a comunicação entre os enfermeiros fundamental para a continuidade de cuidados e/ou transição de cuidados do doente crítico

- 1 - Sempre
- 2 - Quase sempre
- 3 - Por vezes
- 4 - Nunca

Conheço formas de tornar a minha comunicação mais eficaz durante a transição de cuidados

- 1 - Sempre
- 2 - Quase sempre
- 3 - Por vezes
- 4 - Nunca

Conheço a técnica de comunicação ISBAR

- 1 - Sempre
- 2 - Quase sempre
- 3 - Por vezes
- 4 - Nunca

Aplico a técnica de comunicação ISBAR durante a transmissão de informação referente a um doente crítico

- 1 - Sempre
- 2 - Quase sempre
- 3 - Por vezes
- 4 - Nunca

Sinto dificuldades na aplicação da técnica de comunicação ISBAR

- 1 - Sempre
- 2 - Quase sempre
- 3 - Por vezes
- 4 - Nunca

Considero que a técnica de comunicação ISBAR torna a minha comunicação mais eficaz durante a transmissão de informação sobre um doente crítico

- 1 - Sempre
- 2 - Quase sempre
- 3 - Por vezes
- 4 - Nunca

Gostaria de melhorar a comunicação que estabeleço com a equipa de saúde, recorrendo à técnica de comunicação ISBAR

- 1 - Sempre
- 2 - Quase sempre
- 3 - Por vezes
- 4 - Nunca

Obrigada pela sua colaboração!

Agradeço a sua disponibilidade para participar neste projeto e para contribuir para o desenvolvimento científico dos cuidados de enfermagem na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da pessoa em situação crítica.

Investigadora: Joana Pisco | E-mail: m47245@alunos.uevora.pt | Contacto: 967319732
Docente orientadora: Professora Doutora Maria Céu Marques | E-mail: mcmarques@uevora.pt

Anterior

Submeter

Página 4 de 4

Limpar
formulário

Apêndice 2 – Cronograma de Atividades

Cronograma de atividades

	2021				2022		
	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.
Pesquisa bibliográfica e Revisão Sistemática	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração do Projeto de Intervenção	X	X	X				
Diagnóstico de situação	X	X	X				
Planeamento	X	X	X				
Execução do Projeto de Intervenção				X	X		
Avaliação dos resultados					X		
Redação do Relatório Final			X	X	X	X	X
Divulgação de Resultados							X

■ Pausa letiva

Apêndice 3 – Instrumentos de registo elaborados durante a IPM

3.1 Checklist do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório intra-hospitalar

Logótipo da instituição	<p style="text-align: right;">O utente cardíaco em contexto perioperatório Pré-operatório Enfermagem</p> <p>Serviço de origem: _____ Serviço de destino: _____</p>												
<p style="text-align: center;">(I) Identificação do Utente</p> <p style="text-align: center;">(Se possível, colocar vinheta de identificação)</p> <p>Nome: _____</p> <p>Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____</p> <p>N.º Processo: _____</p>	<p style="text-align: right;">Dados biométricos:</p> <p>Peso: _____ kg</p> <p>Altura: _____ cm</p>												
<p>(S) Situação Atual / História Clínica Atual</p> <p>Data de admissão: ___/___/___ Diagnóstico: _____</p> <p>Intervenção cirúrgica a realizar: _____</p> <p>Médico Responsável: _____ Enf.º Responsável: _____</p>													
<p>(B) Background / História Clínica Anterior</p> <p>Antecedentes pessoais relevantes:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial</td> <td><input type="checkbox"/> DM insulínica</td> <td><input type="checkbox"/> AVC isquémico</td> <td><input type="checkbox"/> Outros: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dislipidemia</td> <td><input type="checkbox"/> DM não insulínica</td> <td><input type="checkbox"/> AVC hemorrágico</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tabagismo</td> <td><input type="checkbox"/> Úlcera Péptica/HDA/HDB</td> <td><input type="checkbox"/> Anemia</td> <td>_____</td> </tr> </table> <p>Terapêutica no domicílio: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Cumpre Terapêutica: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Antecedentes Familiares Cardiovasculares: _____</p> <p>Alergias: <input type="checkbox"/> Sim, a _____ <input type="checkbox"/> Desconhecidas</p>		<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial	<input type="checkbox"/> DM insulínica	<input type="checkbox"/> AVC isquémico	<input type="checkbox"/> Outros: _____	<input type="checkbox"/> Dislipidemia	<input type="checkbox"/> DM não insulínica	<input type="checkbox"/> AVC hemorrágico	_____	<input type="checkbox"/> Tabagismo	<input type="checkbox"/> Úlcera Péptica/HDA/HDB	<input type="checkbox"/> Anemia	_____
<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial	<input type="checkbox"/> DM insulínica	<input type="checkbox"/> AVC isquémico	<input type="checkbox"/> Outros: _____										
<input type="checkbox"/> Dislipidemia	<input type="checkbox"/> DM não insulínica	<input type="checkbox"/> AVC hemorrágico	_____										
<input type="checkbox"/> Tabagismo	<input type="checkbox"/> Úlcera Péptica/HDA/HDB	<input type="checkbox"/> Anemia	_____										
<p>(A) Avaliações</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Estado de Consciência</th> <th style="width: 30%;">Sinais Vitais</th> <th style="width: 40%;">Intervenções de Enfermagem</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Colaborante <input type="checkbox"/> Agitado SCG: _____ </td> <td style="vertical-align: top;"> FC: _____ bpm Ritmo Cardíaco: _____ TA: ___/___ mmHg Eupneico com SPO2 _____ % <input type="checkbox"/> Ar Atmosférico O₂ por _____ TT: _____ °C Dor (E.N.): _____ Local: _____ BMT, se aplicável: _____ mg/dL </td> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Cumpre jejum ≥ 6h <input type="checkbox"/> Retiradas Próteses <input type="checkbox"/> Retirados adornos <input type="checkbox"/> Tricotomia realizada <input type="checkbox"/> Higiene com Clorohexidina <input type="checkbox"/> Ensino pré, intra e pós-procedimento realizado <input type="checkbox"/> Acesso Venoso _____ Local: _____ _____ (___/___/___) <input type="checkbox"/> Acesso Arterial _____ Local: _____ _____ (___/___/___) <input type="checkbox"/> Medicação pré-anestésica: _____ <input type="checkbox"/> Profilaxia Antibiótica: _____ </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> Grau de Dependência no Autocuidado <input type="checkbox"/> Dependente ___ Grau Elevado ___ Grau Moderado ___ Grau Ligeiro <input type="checkbox"/> Independente </td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Estado de Consciência	Sinais Vitais	Intervenções de Enfermagem	<input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Colaborante <input type="checkbox"/> Agitado SCG: _____	FC: _____ bpm Ritmo Cardíaco: _____ TA: ___/___ mmHg Eupneico com SPO2 _____ % <input type="checkbox"/> Ar Atmosférico O ₂ por _____ TT: _____ °C Dor (E.N.): _____ Local: _____ BMT, se aplicável: _____ mg/dL	<input type="checkbox"/> Cumpre jejum ≥ 6h <input type="checkbox"/> Retiradas Próteses <input type="checkbox"/> Retirados adornos <input type="checkbox"/> Tricotomia realizada <input type="checkbox"/> Higiene com Clorohexidina <input type="checkbox"/> Ensino pré, intra e pós-procedimento realizado <input type="checkbox"/> Acesso Venoso _____ Local: _____ _____ (___/___/___) <input type="checkbox"/> Acesso Arterial _____ Local: _____ _____ (___/___/___) <input type="checkbox"/> Medicação pré-anestésica: _____ <input type="checkbox"/> Profilaxia Antibiótica: _____	Grau de Dependência no Autocuidado <input type="checkbox"/> Dependente ___ Grau Elevado ___ Grau Moderado ___ Grau Ligeiro <input type="checkbox"/> Independente					
Estado de Consciência	Sinais Vitais	Intervenções de Enfermagem											
<input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Colaborante <input type="checkbox"/> Agitado SCG: _____	FC: _____ bpm Ritmo Cardíaco: _____ TA: ___/___ mmHg Eupneico com SPO2 _____ % <input type="checkbox"/> Ar Atmosférico O ₂ por _____ TT: _____ °C Dor (E.N.): _____ Local: _____ BMT, se aplicável: _____ mg/dL	<input type="checkbox"/> Cumpre jejum ≥ 6h <input type="checkbox"/> Retiradas Próteses <input type="checkbox"/> Retirados adornos <input type="checkbox"/> Tricotomia realizada <input type="checkbox"/> Higiene com Clorohexidina <input type="checkbox"/> Ensino pré, intra e pós-procedimento realizado <input type="checkbox"/> Acesso Venoso _____ Local: _____ _____ (___/___/___) <input type="checkbox"/> Acesso Arterial _____ Local: _____ _____ (___/___/___) <input type="checkbox"/> Medicação pré-anestésica: _____ <input type="checkbox"/> Profilaxia Antibiótica: _____											
Grau de Dependência no Autocuidado <input type="checkbox"/> Dependente ___ Grau Elevado ___ Grau Moderado ___ Grau Ligeiro <input type="checkbox"/> Independente													
<p>Exames Complementares de Diagnóstico (em sistema informático ou anexos ao processo do utente)</p> <p><input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> Ecocardiograma <input type="checkbox"/> Coronariografia <input type="checkbox"/> Cintigrafia do Miocárdio <input type="checkbox"/> Outro: _____</p> <p>Resultados Analíticos (___/___/___): Hb: ___ g/dL Plaquetas: ___ x10⁹/L INR: ___ Creatinina: ___ mg/dL Ureia: ___ PCR: ___ mg/dL Teste Covid: _____ (___/___/___) Tipagem realizada <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não N.º de UCE : _____</p> <p>Terapêutica: <input type="checkbox"/> AAS _____ (última toma: ___/___/___ às ___h) <input type="checkbox"/> Clopidogrel _____ (última toma: ___/___/___ às ___h) <input type="checkbox"/> Ticagrelor _____ (última toma: ___/___/___ às ___h) <input type="checkbox"/> Enoxaparina sódica _____ (última toma: ___/___/___ às ___h) <input type="checkbox"/> Outro: _____</p>													
<p>(R) Recomendações/Outras informações: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>													
<p>O Enfermeiro/a _____ N.º mecanográfico: _____ Data: ___/___/___</p>													

3.2 Checklist do doente crítico cardíaco submetido a TAVI

Logótipo da instituição

CHECK-LIST | Enfermagem

TAVI (Implantação de Válvula Aórtica Transcateter)

Serviço de origem: _____

Serviço de destino: _____

(I) Identificação do Utente

(Se possível, colocar vinheta de identificação)

Nome: _____

Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____

Nº. Processo: _____

Dados biométricos:

Peso: _____ kg

Altura: _____ cm

(S) Situação Atual / História Clínica Atual

Data de admissão: ___/___/___ Diagnóstico: _____

Médico Responsável: _____ Enf.º Responsável: _____

(B)ackground / História Clínica Anterior

Antecedentes pessoais relevantes:

Hipertensão Arterial DM insulínica dependente AVC isquémico Outros: _____
 Dislipidemia DM não insulínica dependente AVC hemorrágico _____
 Tabagismo Úlcera Péptica/HDA/HDB Anemia _____

Terapêutica no domicílio: Sim Não Cumpre Terapêutica: Sim Não

Antecedentes Familiares Cardiovasculares: _____

Alergias: Sim, a _____ Desconhecidas

(A)valiações

Estado de Consciência	Sinais Vitais	Intervenções de Enfermagem
<input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Colaborante <input type="checkbox"/> Agitado SCG: _____	FC: _____ bpm Ritmo Cardíaco: _____ TA: ___/___ mmHg Eupneico com SPO ₂ _____ % <input type="checkbox"/> Ar Atmosférico <input type="checkbox"/> O ₂ por _____ TT: _____ °C Dor (E.N.): _____ Local: _____ BMT, se aplicável: _____ mg/dL	<input type="checkbox"/> Cumpre jejum ≥ 6h <input type="checkbox"/> Retiradas Próteses <input type="checkbox"/> Retirados adornos <input type="checkbox"/> Tricotomia realizada <input type="checkbox"/> Higiene com Clorohexidina <input type="checkbox"/> Ensino pré, intra e pós-procedimento realizado <input type="checkbox"/> Acesso Venoso: (1) _____ Local: _____ (2) _____ Local: _____ <input type="checkbox"/> Acesso Arterial _____ Local: _____ <input type="checkbox"/> Medicação pré-procedimento: _____ <input type="checkbox"/> Profilaxia Antibiótica: _____
Grau de Dependência no Autocuidado <input type="checkbox"/> Dependente ___ Grau Elevado ___ Grau Moderado ___ Grau Ligeiro <input type="checkbox"/> Independente		

Exames Complementares de Diagnóstico (em sistema informático ou anexos ao processo do utente)

ECG Ecocardiograma Coronariografia Cintigrafia do Miocárdio Outro: _____

Resultados Analíticos (___/___/___): Hb: ___ g/dL | Plaquetas: ___ x10⁹/L | INR: ___ | Creatinina: ___ mg/dL
 Ureia: ___ | PCR: ___ mg/dL | Teste Covid: _____ (___/___/___) | Tipagem realizada Sim Não | Nº de UCE : _____

Terapêutica: AAS _____ (última toma: ___/___/___ às ___ h) Clopidogrel _____ (última toma: ___/___/___ às ___ h)
 Ticagrelor _____ (última toma: ___/___/___ às ___ h) Enoxaparina sódica _____ (última toma: ___/___/___ às ___ h)
 Outro: _____

(R)ecomendações/Outras informações: _____

O Enfermeiro/a _____

Nº mecanográfico: _____

Data: ___/___/___

3.3 Checklist do doente crítico cardíaco submetido a implantação de Pacemaker Definitivo

Logótipo da instituição	CHECK-LIST Enfermagem <u>Implantação de Pacemaker definitivo</u>										
		Serviço de origem: _____ Serviço de destino: _____									
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> (I) Identificação do Utente (Se possível, colocar vinheta de identificação) </div> Nome: _____ Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____ Nº. Processo: _____	Dados biométricos: Peso: _____ kg Altura: _____ cm										
(S)ituação Atual / História Clínica Atual Data de admissão: ___/___/___ Diagnóstico: _____ Médico Responsável: _____ Enf.º Responsável: _____											
(B)ackground / História Clínica Anterior Antecedentes pessoais relevantes: <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> DM insulínica dependente <input type="checkbox"/> AVC isquémico <input type="checkbox"/> Outros: _____ <input type="checkbox"/> Dislipidemia <input type="checkbox"/> DM não insulínica dependente <input type="checkbox"/> AVC hemorrágico <input type="checkbox"/> FAV à esquerda <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Úlcera Péptica/HDA/HDB <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Mastectomia à esquerda Informações relevantes para o procedimento: <input type="checkbox"/> Caçador <input type="checkbox"/> Esquerdino Terapêutica no domicílio: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Cumpre Terapêutica: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Antecedentes Familiares Cardiovasculares: _____ Alergias: <input type="checkbox"/> Sim, a _____ <input type="checkbox"/> Desconhecidas											
(A)valiações <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Estado de Consciência</th> <th style="width: 33%;">Sinais Vitais</th> <th style="width: 33%;">Intervenções de Enfermagem</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Colaborante <input type="checkbox"/> Agitado SCG: _____ </td> <td style="padding: 5px;"> FC: _____ bpm Ritmo Cardíaco: _____ TA: ___/___ mmHg Eupneico com SPO2 _____ % <input type="checkbox"/> Ar Atmosférico <input type="checkbox"/> O₂ por _____ TT: _____ °C Dor (E.N.): _____ Local: _____ BMT, se aplicável: _____ mg/dL </td> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Cumpre jejum ≥ 6h <input type="checkbox"/> Retiradas Próteses <input type="checkbox"/> Retirados adornos <input type="checkbox"/> Tricotomia realizada <input type="checkbox"/> Higiene com Clorhexidina <input type="checkbox"/> Ensino pré, intra e pós-procedimento realizado <input type="checkbox"/> Acesso Venoso no MSD _____ com Dext. 5% em NaCl 0,9% em curso <input type="checkbox"/> Acesso Arterial _____ Local: _____ <input type="checkbox"/> Medicação pré-procedimento: Bromazepam 1,5 mg □ / 3 mg □ <input type="checkbox"/> Profilaxia Antibiótica: _____ </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> Grau de Dependência no Autocuidado <input type="checkbox"/> Dependente ___ Grau Elevado ___ Grau Moderado ___ Grau Ligeiro <input type="checkbox"/> Independente </td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Estado de Consciência	Sinais Vitais	Intervenções de Enfermagem	<input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Colaborante <input type="checkbox"/> Agitado SCG: _____	FC: _____ bpm Ritmo Cardíaco: _____ TA: ___/___ mmHg Eupneico com SPO2 _____ % <input type="checkbox"/> Ar Atmosférico <input type="checkbox"/> O ₂ por _____ TT: _____ °C Dor (E.N.): _____ Local: _____ BMT, se aplicável: _____ mg/dL	<input type="checkbox"/> Cumpre jejum ≥ 6h <input type="checkbox"/> Retiradas Próteses <input type="checkbox"/> Retirados adornos <input type="checkbox"/> Tricotomia realizada <input type="checkbox"/> Higiene com Clorhexidina <input type="checkbox"/> Ensino pré, intra e pós-procedimento realizado <input type="checkbox"/> Acesso Venoso no MSD _____ com Dext. 5% em NaCl 0,9% em curso <input type="checkbox"/> Acesso Arterial _____ Local: _____ <input type="checkbox"/> Medicação pré-procedimento: Bromazepam 1,5 mg □ / 3 mg □ <input type="checkbox"/> Profilaxia Antibiótica: _____	Grau de Dependência no Autocuidado <input type="checkbox"/> Dependente ___ Grau Elevado ___ Grau Moderado ___ Grau Ligeiro <input type="checkbox"/> Independente		
Estado de Consciência	Sinais Vitais	Intervenções de Enfermagem									
<input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Colaborante <input type="checkbox"/> Agitado SCG: _____	FC: _____ bpm Ritmo Cardíaco: _____ TA: ___/___ mmHg Eupneico com SPO2 _____ % <input type="checkbox"/> Ar Atmosférico <input type="checkbox"/> O ₂ por _____ TT: _____ °C Dor (E.N.): _____ Local: _____ BMT, se aplicável: _____ mg/dL	<input type="checkbox"/> Cumpre jejum ≥ 6h <input type="checkbox"/> Retiradas Próteses <input type="checkbox"/> Retirados adornos <input type="checkbox"/> Tricotomia realizada <input type="checkbox"/> Higiene com Clorhexidina <input type="checkbox"/> Ensino pré, intra e pós-procedimento realizado <input type="checkbox"/> Acesso Venoso no MSD _____ com Dext. 5% em NaCl 0,9% em curso <input type="checkbox"/> Acesso Arterial _____ Local: _____ <input type="checkbox"/> Medicação pré-procedimento: Bromazepam 1,5 mg □ / 3 mg □ <input type="checkbox"/> Profilaxia Antibiótica: _____									
Grau de Dependência no Autocuidado <input type="checkbox"/> Dependente ___ Grau Elevado ___ Grau Moderado ___ Grau Ligeiro <input type="checkbox"/> Independente											
Exames Complementares de Diagnóstico (em sistema informático ou anexos ao processo do utente) <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> Ecocardiograma <input type="checkbox"/> Coronariografia <input type="checkbox"/> Cintigrafia do Miocárdio <input type="checkbox"/> Outro: _____											
Resultados Analíticos (___/___/___): Hb: ___ g/dL Plaquetas: ___ x10 ⁹ /L INR: ___ Creatinina: ___ mg/dl Ureia: ___ PCR: ___ mg/dL Teste Covid: ___ (___/___/___) Tipagem realizada <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Nº de UCE: ___											
Terapêutica: <input type="checkbox"/> AAS _____ (última toma: ___/___/___ às ___h) <input type="checkbox"/> Clopidogrel _____ (última toma: ___/___/___ às ___h) <input type="checkbox"/> Ticagrelor _____ (última toma: ___/___/___ às ___h) <input type="checkbox"/> Enoxaparina sódica _____ (última toma: ___/___/___ às ___h) <input type="checkbox"/> Outro: _____											
(R)ecomendações/Outras informações: _____ _____ _____											
O Enfermeiro/a _____ Nº mecanográfico: _____ Data: ___/___/___											

3.4 Checklist do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório inter-hospitalar com sugestão de parametrização no SClínico®

Logótipo da instituição

Nota de transferência do utente cardíaco em contexto perioperatório
Pré-operatório | Enfermagem

Hospital e Serviço de origem: _____
Hospital e Serviço de destino: _____

(I) Identificação do Utente
(Se possível, colocar vinheta de identificação)

Nome: _____

Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____

N.º. Processo: _____

Dados biométricos:

Peso: _____ kg

Altura: _____ cm

(S) Situação Atual / História Clínica Atual

Data de admissão: ___/___/___ Diagnóstico: _____

Intervenção cirúrgica a realizar: _____

Médico Responsável: _____ Enf.º Responsável: _____

(B)ackground / História Clínica Anterior

Antecedentes pessoais relevantes:

Hipertensão Arterial DM insulínica dependente AVC isquémico Outros: _____

Dislipidemia DM não insulínica dependente AVC hemorrágico _____

Tabagismo Úlcera Péptica/HDA/HDB Anemia _____

Terapêutica no domicílio: Sim Não Cumpre Terapêutica: Sim Não

Antecedentes Familiares Cardiovasculares: _____

Alergias: Sim, a _____ Desconhecidas

(A)valiações

Estado de Consciência	Sinais Vitais	Cateteres, Perfusões, Sondas e Drenos
<input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Colaborante <input type="checkbox"/> Agitado SCG: _____	FC: _____ bpm Ritmo Cardíaco: _____ TA: _____ mmHg Eupneico com SPO2 _____ % <input type="checkbox"/> Ar Atmosférico <input type="checkbox"/> O ₂ por _____ TT: _____ °C Dor (E.N.): _____ Local: _____ BMT, se aplicável: _____ mg/dL	<input type="checkbox"/> Acesso Venoso _____ _____ (___/___/___) <input type="checkbox"/> Perfusões: _____ _____ (___/___/___) <input type="checkbox"/> Acesso Arterial _____ _____ (___/___/___) <input type="checkbox"/> Sondas: _____ _____ (___/___/___) <input type="checkbox"/> Drenos: _____ _____ (___/___/___)
Grau de Dependência no Autocuidado <input type="checkbox"/> Dependente ___ Grau Elevado ___ Grau Moderado ___ Grau Ligeiro <input type="checkbox"/> Independente		

Exames Complementares de Diagnóstico (em sistema informático ou anexos ao processo do utente)

ECG Ecocardiograma Coronariografia Cintigrafia do Miocárdio Outro: _____

Resultados Analíticos (___/___/___): Hb: ___ g/dL | Plaquetas: ___ x10⁹/L | INR: ___ | Creatinina: ___ mg/dL
 Ureia: ___ | PCR: ___ mg/dL | Teste Covid: _____ (___/___/___) | Tipagem realizada Sim Não | N.º de UCE : _____

Terapêutica: AAS _____ (última toma: ___/___/___ às ___h) Clopidogrel _____ (última toma: ___/___/___ às ___h)
 Ticagrelor _____ (última toma: ___/___/___ às ___h) Enoxaparina sódica _____ (última toma: ___/___/___ às ___h)
 Outro: _____

(R)ecomendações/Outras informações:

Pessoa significativa: _____

Contacto: _____

Grau de parentesco: _____

O Enfermeiro/a _____ N.º mecanográfico: _____ Data: ___/___/___

opções: (1) parametrizar no SClínico se possível ou (2) copiar, colar no campo de “nota de alta de enfermagem” e preencher

(S)ituação Atual / História Clínica Atual

Data de admissão: ___/___/_____ Diagnóstico:

Intervenção cirúrgica a realizar:

Médico Responsável: Enf.º Responsável:

(B)ackground / História Clínica Anterior

Antecedentes pessoais relevantes:

Terapêutica no domicílio: Sim Cumpre Terapêutica: Sim

Antecedentes Familiares Cardiovasculares:

Alergias: Sim, a _____ Desconhecidas

Peso: _____ kg Altura: _____ cm

(A)valiações

Estado de consciencia(SCG: _____)

- Consciente
- Orientado
- Colaborante

Grau de dependencia:

- Dependente
 - ___ Grau Elevado
 - ___ Grau Moderado
 - ___ Grau Ligeiro
- Independente

Sinais Vitais:

FC: _____ bpm | Ritmo Cardíaco: _____

TA: ___/___ mmHg

Eupneico com SPO2 _____ % Ar Atmosférico | O2 por _____

TT: _____ °C

Dor (E.N.): _____ Local: _____

BMT (se aplicável): _____ mg/dL

opções: (1) parametrizar no SClínico se possível ou (2) copiar, colar no campo de “nota de alta de enfermagem” e preencher

Cateteres, Perfusões, Sondas, Drenos:

- Acesso Venoso _____ (__/__/__)
- Perfusões: _____ (__/__/__)
- Acesso Arterial _____ (__/__/__)
- Sondas: _____ (__/__/__)
- Drenos: _____ (__/__/__)

Exames Complementares de Diagnóstico (em sistema informático ou anexos ao processo do utente)

- ECG Ecocardiograma Coronariografia Cintigrafia do Miocárdio
- Outro: _____

Resultados Analíticos (__/__/__):

Hb: ___ g/dL | Plaquetas: ___ x10⁹/L | INR: ___ | Creatinina: ___ mg/dl Ureia: ___

PCR: ___ mg/dL | Teste Covid: _____ (__/__/__) | Tipagem realizada Sim Não | Nº de UCE : ___

Terapêutica: AAS (última toma: __/__/__ às __h) Clopidogrel (última toma: __/__/__ às __h)

Ticagrelor (última toma: __/__/__ às __h) Enoxaparina sódica (última toma: __/__/__ às __h)

Outro: _____

(R)ecomendações/Outras informações: _____

Pessoa significativa:

Contacto:

Grau de parentesco:

opções: (1) parametrizar no SClínico se possível ou (2) copiar, colar no campo de “nota de alta de enfermagem” e preencher

Exemplo:

The screenshot displays the Oracle Health software interface for a patient named 'Janeira'. The main window is titled 'Internamento - Etlca' and shows a 'Documentos' (Documents) pane on the left with a tree view of medical records. The 'Dados da Alta do Internamento' (Discharge Data) form is open, containing the following sections:

- Alta Médica:** Fields for 'Data da alta' (11-09-2021), 'Hora' (14:00), and 'Estado clínico' (Melhorado).
- Destino:** Dropdown menu set to 'OUTRO HOSPITAL'.
- Especialidade:** Empty dropdown menu.
- Distritos:** Dropdown menu set to 'PORTALEGRE'.
- Unidade:** Dropdown menu set to 'Ulsna-Hospital Santa Luzia'.
- Notas:** A large text area for notes.
- Dados da Alta de Enfermagem:** Fields for 'Data' (28-11-2021) and 'Hora' (18:23).
- Notas:** A text area with a checklist for patient status:
 Consciente Inconsciente
 Orientado Desorientado
 Colaborante Agitado
- Sinais Vitais:** A field for vital signs.

The bottom status bar shows 'Registro: 1/1'.

Apêndice 4 – Formação em Serviço desenvolvida na UCIC durante IPM

4.1 Planeamento da sessão de Formação em Serviço

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Universidade de Évora
Escola Superior de Enfermagem São João de Deus
Mestrado em Enfermagem (Curso em Associação) / Especialização em Enfermagem
Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica
Ano Letivo 2021/2022
3º Semestre
Unidade Curricular: Estágio Final

Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

Nome da Instituição

Formação em Serviço:
Comunicação efetiva na transição de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório

Orientação Pedagógica:
Prof.ª Dr.ª Maria do Céu Marques

Discente:
Joana Pisco, m47245

Évora, 2021

Plano de sessão de Formação em Serviço

Designação da Ação de Formação: Comunicação efetiva na transição de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório

Formadores:

- Joana Pisco, m47245, aluna sob a orientação clínica da Enf. [REDACTED] e orientação pedagógica da Prof.ª Mª Céu Marques

População-Alvo: Equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Coronários do [REDACTED]

Data: Mês de Dezembro

Hora: 11h30 - 12h30 **Duração:** 60 minutos

Local:

- Formação em Sala
- Formação em Contexto de Trabalho _____ a 16/12/2021
e 19/12/2021
- Formação Online _____ a 13/12/2021

Objetivo Geral:

- Promover a comunicação efetiva da equipa de enfermagem da UCIC durante a transição de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório.

Objetivos específicos:

- Apresentar dados estatísticos sobre as Doenças Cardiovasculares no Mundo e em Portugal;
- Enunciar o conceito de doente crítico e relacionar com o doente crítico cardíaco;
- Elucidar a importância da segurança do doente crítico, recorrendo a evidência científica mundial e nacional;

- Relacionar a segurança do doente com o estabelecimento de uma comunicação efetiva durante a transição de cuidados de saúde em todos os contextos e especificamente no contexto perioperatório;
- Apresentar a técnica de comunicação ISBAR;
- Apresentar os instrumentos de registo estruturado de enfermagem elaborados para a transição de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório;
- Explicar a implementação destes instrumentos de registo estruturado de enfermagem;
- Propor a informatização em SClinico do instrumento de registo estruturado desenvolvido para a transição extra-hospitalar de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório;
- Iniciar a implementação do Projeto de Intervenção Major no Serviço;
- Avaliar a qualidade da sessão de formação em serviço.

Indicadores de avaliação da sessão de formação:

- Que 75% da população alvo considere que a formação em serviço foi do seu agrado;
- Que 65% da população alvo considere que os objetivos inicialmente propostos foram alcançados;
- Que 65% da população alvo considere que a sessão de formação em serviço correspondeu às suas expectativas iniciais.

	Conteúdos Programáticos	Estratégias		
		Metodologia	Recursos	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do tema da formação e o seu âmbito; • Apresentação da formadora; • Apresentação dos objetivos da formação; • Apresentação do sumário, com os principais assuntos a abordar. 	Método Expositivo	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Plataforma ZOOM® (em caso de formação online) • Powerpoint 	5 min.
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Dados Estatísticos das Doenças Cardiovasculares no Mundo e em Portugal; • Definição de doente crítico e relação entre doente crítico cardíaco; • Integração do doente crítico cardíaco no contexto de pessoa em situação perioperatória; • Doente crítico cardíaco em contexto perioperatório vs segurança do doente <ul style="list-style-type: none"> - Segurança do doente: recomendações mundiais; - Segurança do doente: recomendações 	Método Expositivo	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Plataforma ZOOM® (em caso de formação online) • Powerpoint 	35 min.

4

Desenvolvimento	<p>nacionais.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transição de cuidados vs comunicação • Técnica de comunicação ISBAR – como implementar; • Instrumentos de registo estruturado de enfermagem sobre a transição de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório: <ol style="list-style-type: none"> 1) Transição de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório (Intra-hospitalar); 2) Transição de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório (Extra-hospitalar); 3) Atualização da Check-list de Enfermagem relativamente à transição de cuidados do doente submetido a Implantação de Válvula Aórtica Transcaterter (TAVI); 4) Atualização da Check-list de Enfermagem relativamente à transição de cuidados do 	Método Expositivo e Demonstrativo		
-----------------	--	-----------------------------------	--	--

5

	<p>doente submetido a implantação de Pacemaker Definitivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Check-list de Cateterismo Cardíaco – atualização e uniformização do instrumento de registo estruturado segundo a técnica de comunicação ISBAR. 			
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Considerações Finais • Esclarecimento de dúvidas • Avaliação final da qualidade da sessão de formação, recorrendo ao documento interno do Nome da Instituição: “Avaliação da atividade formativa – reação do formando”. • Agradecimentos 	Método Expositivo	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Plataforma ZOOM® (em caso de formação online) • Documento interno da instituição “Avaliação da atividade formativa – reação do formando”. 	20 min.

4.2 Diapositivos da sessão de Formação em Serviço

Universidade de Évora / Escola Superior de Enfermagem São João de Deus
Mestrado em Enfermagem (Curso em Associação)
Ano Letivo 2021/2022 - 3º semestre
Estágio Final
Unidade de Cuidados Intensivos Coronários – **Instituição**

Comunicação efetiva na transição de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório

Formadora: Joana Pisco, m47245
Orientação Clínica: Enf. **[REDACTED]**
Orientação Pedagógica: Prof.ª M.ª Céu Marques

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Dezembro 2021

Objetivos da Formação:

- Promover a comunicação efetiva da equipa de enfermagem da UCIC durante a transição de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório;
- Apresentar os instrumentos de registo estruturados e a sua operacionalização no Serviço;
- Iniciar a implementação do Projeto de Intervenção no Serviço.



Sumário

- As Doenças Cardiovasculares no Mundo e em Portugal;
- O doente crítico cardíaco;
- O doente crítico cardíaco em contexto perioperatório;
- Segurança do doente;
- Comunicação efetiva durante a transição de cuidados de saúde;
- Comunicação efetiva na transição de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório;
- Considerações Finais;
- Esclarecimento de Dúvidas;
- Referências



Doenças Cardiovasculares no Mundo

17.9 million
people die each year
from CVDs, an estimated 32% of all deaths
worldwide.

Fact sheet



- As doenças cardiovasculares são a **principal causa de morte em todo o mundo**.
- Em 2019, estima-se que cerca **17,9 milhões de óbitos se devem a doenças cardiovasculares**, o que representa **32%** de todas as mortes globais.
- Comparativamente a 2007, representou um aumento de 21,1%.

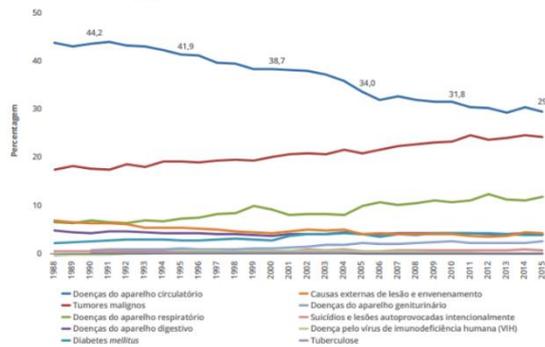
Fonte: OMS, 2021

(https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1)

(AHA, 2020; OMSa, 2021)

Doenças Cardiovasculares em Portugal

GRÁFICO 1 EVOLUÇÃO DA PROPORÇÃO DE ÓBITOS PELAS PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTE NO TOTAL DAS CAUSAS DE MORTE EM PORTUGAL (%) | 1988 A 2015



Fonte: Elaborado pela DGS com base em dados do INE, 2017

Fonte: DGS, 2016

(<https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-doencas-cerebro-cardiovasculares-em-numeros-20152.aspx>)

SAÚDE EM PORTUGAL 2018

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA E BIOMÉTRIA PORTUGUESA

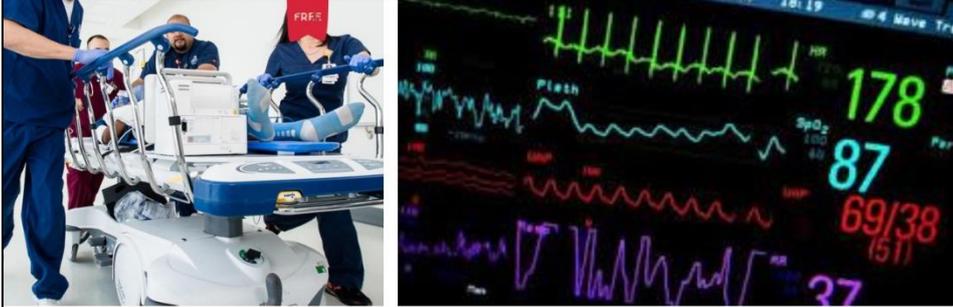


As principais causas de morte foram as doenças do aparelho circulatório (29,0% do total de óbitos):

- Doença Cerebrovascular;
- Doença isquémica cardíaca.

(INEb, 2020)

Fonte: INEa, 2020 (https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_inst_infografia&INST=427173770&xpid=INE)



Doenças Cardiovasculares

Uma das causas mais frequentes de instabilidade clínica dos utentes que se caracteriza por episódios críticos, agudos e urgentes/emergentes que representam o doente crítico.

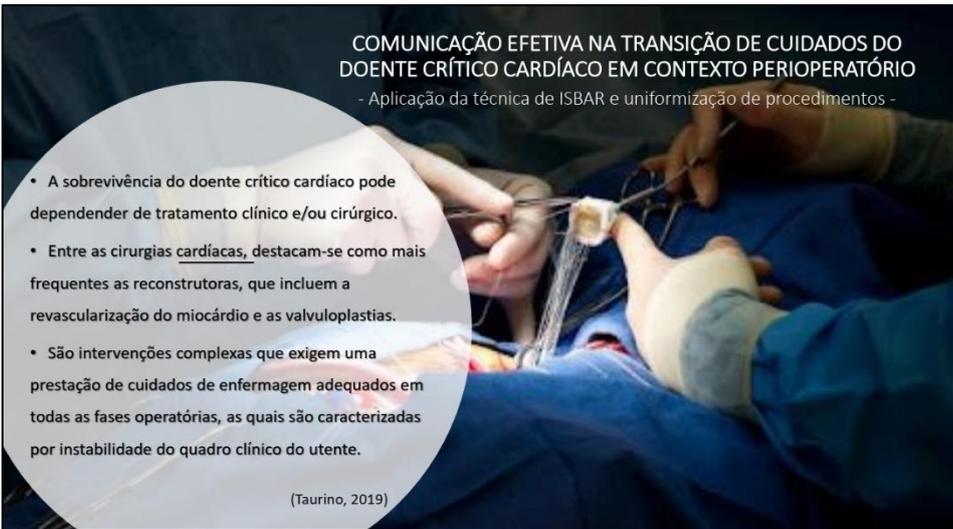


Doente Crítico

Pessoa em situação crítica “cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.” (OE, 2018, p. 4).

Doente Crítico Cardíaco

Encontra a sua sobrevivência ameaçada por disfunção profunda ou falência do sistema cardiovascular devido a eventos críticos patológicos, nos quais se incluem o Enfarte Agudo do Miocárdio, Arritmias graves, Estenose Aórtica Severa, Tamponamento Cardíaco, entre outros.



COMUNICAÇÃO EFETIVA NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DO DOENTE CRÍTICO CARDÍACO EM CONTEXTO PERIOPERATÓRIO
- Aplicação da técnica de ISBAR e uniformização de procedimentos -

- A sobrevivência do doente crítico cardíaco pode depender de tratamento clínico e/ou cirúrgico.
- Entre as cirurgias cardíacas, destacam-se como mais frequentes as reconstroadoras, que incluem a revascularização do miocárdio e as valvuloplastias.
- São intervenções complexas que exigem uma prestação de cuidados de enfermagem adequados em todas as fases operatórias, as quais são caracterizadas por instabilidade do quadro clínico do utente.

(Taurino, 2019)

Doente Crítico Cardíaco

Tratamento Clínico

Tratamento Cirúrgico – Pessoa em Situação Perioperatória

Submetida a atos cirúrgicos e anestésicos a que acrescem ainda maiores riscos e vulnerabilidade:

- Alta tecnologia;
- Controlo rigoroso;
- Elevado número de dispositivos médicos;
- Intensos fluxos de comunicação em equipas multidisciplinares;
- Múltiplas transferências de cuidados.

(OE, 2017; OE, 2018)

Segurança do Doente

A segurança do doente é uma preocupação mundial

[Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 da Organização Mundial de Saúde](#)

- Possui sete objetivos estratégicos

Framework for action.....

Strategic objective 1. Policies to eliminate avoidable harm in health care.....

Strategic objective 2. High-reliability systems.....

Strategic objective 3. Safety of clinical processes.....

Strategic objective 4. Patient and family engagement.....

Strategic objective 5. Health worker education, skills and safety.....

Strategic objective 6. Information, research and risk management.....

Strategic objective 7. Synergy, partnership and solidarity.....

(OMSb, 2021, p.6)

Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 da Organização Mundial de Saúde

1	Policies to eliminate avoidable harm in health care	1.1 Patient safety policy, strategy and implementation framework	1.2 Resource mobilization and allocation	1.3 Protective legislative measures	1.4 Safety standards, regulation and accreditation	1.5 World Patient Safety Day and Global Patient Safety Challenges				
		3	Safety of clinical processes	3.1 Safety of risk-prone clinical procedures	3.2 Global Patient Safety Challenge: Medication Without Harm	3.3 Infection prevention and control & antimicrobial resistance	3.4 Safety of medical devices, medicines, blood and vaccines	3.5 Patient safety in primary care and transitions of care		
				5	Health worker education, skills and safety	5.1 Patient safety in professional education and training	5.2 Centres of excellence for patient safety education and training	5.3 Patient safety competencies as regulatory requirements	5.4 Linking patient safety with appraisal systems of health workers	5.5 Safe working environment for health workers

(OMSb, 2021, p.14)



A Segurança do doente em Portugal

Plano Nacional para a Segurança do Doente 2015-2020

- Dos seus 9 objetivos estratégicos, podemos destacar:
- “1. Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno;
- **2. Aumentar a segurança da comunicação**;
- 3. Aumentar a segurança cirúrgica; (...)”

(Diário da República, 2015, p. 2)



PNSD 2021-2026: a sua continuidade ...

Plano Nacional para a Segurança do Doente 2021-2026



- Baseado nos **objetivos de desenvolvimento sustentável das Nações Unidas** e no **Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 da OMS**.
- **Objetivo:** “consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, (...) sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação, e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos”.

(Diário da República, 2021, p. 2)

Plano Nacional para a Segurança do Doente (PNSD) 2021-2026



“A comunicação efetiva é essencial ao longo de todo o ciclo de cuidados, com particular destaque para os momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde.”

(Diário da República, 2021, p. 5)



Comunicação Efetiva

"Comportamento interativo: dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não verbais face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados."

(OE, 2016, p. 47).

Transição de cuidados

Todos os momentos em que se verifica a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre profissionais de saúde.

Objetivo: continuidade e segurança dos cuidados de saúde.

Exemplos:

- Transferências entre cuidados de saúde primários, cuidados hospitalares e cuidados continuados integrados;
- Transferências Intra/interinstituições.

(DGS, 2017)



- O estabelecimento de uma comunicação eficaz entre profissionais de saúde exige que a **transmissão de informação** entre os mesmos seja **precisa, completa, oportuna, atempada, sem ambiguidade e compreendida.**
- A **técnica de comunicação ISBAR** deve ser utilizada como um **instrumento padronizado de comunicação em saúde**, uma vez que **promove a segurança do doente em todos os momentos de transição de cuidados.**

(DGS, 2017)



	Mnemónica ISBAR	
	I Identificação Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e receptor) 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 receptor; d) Serviço de origem/destinatário; e) Identificação da pessoa significativa/cuidador informal.
	S Situação Atual/Causa Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde	a) Data e hora de admissão; b) Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde; c) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar.
	B Antecedentes/ Anamnese 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.
	A Avaliação Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas	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.
	R 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.

(DGS, 2017, p. 8)

COMUNICAÇÃO EFETIVA NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DO DOENTE CRÍTICO CARDÍACO EM CONTEXTO PERIOPERATÓRIO

- Aplicação da técnica de ISBAR e uniformização de procedimentos -

Para sustentar a prática de enfermagem baseando-a na evidência atual e recomendada, foram criados instrumentos de registo estruturado baseados na técnica de comunicação ISBAR em contexto perioperatório:

- 1) Transição de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório (Intra-hospitalar);
- 2) Transição de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório (Extra-hospitalar);
- 3) Check-list de Enfermagem relativamente à transição de cuidados do doente submetido a Implantação de Válvula Aórtica Transcateter (TAVI);
- 4) Atualização da Check-list de Enfermagem relativamente à transição de cuidados do doente submetido a implantação de Pacemaker Definitivo.

COMUNICAÇÃO EFETIVA NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DO DOENTE CRÍTICO CARDÍACO EM CONTEXTO PERIOPERATÓRIO

1) Transição de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório (Intrahospitalar)

• Pré-operatório

Logótipo da instituição

O utente cardíaco em contexto perioperatório
Pré-operatório | Enfermagem
Serviço de registo
Serviço de diagnóstico

(I) Identificação do utente
(De posse, colocar vineta de identificação)

Nome: _____ Sobrenome: _____
 Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____
 Nº. Presença: _____ Peso: _____ kg
 Altura: _____ cm

(S) Situação Atual / História Clínica Atual
 Data de admissão: ___/___/___
 Diagnóstico: _____
 Informação original a realizar: _____
 Médico responsável: _____ Ext. / Responsável: _____

(B) Background / História Clínica Anterior
 Antecedentes pessoais relevantes:
 Hipertensão Arterial DM Insulino-dependente AIC Insulino Outros: _____
 Dislipémia DM do Insulino-dependente AIC Coronariopatia Anemia
 Tabagismo Úlcera Péptica/HODU/DOB Alergia _____
 Tem aplicação em curso de Sinais ou Níveis: _____
 Campos Terapêuticos: Sinais ou Níveis _____
 Antecedentes de Doenças Cardiovasculares: _____
 Alérgico: Sim, a _____ Desconhecido

(A) Avaliação

Estado de Consciência	Sinais Vitais	Intervenções de Enfermagem
<input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Intoxicado	RC: _____ bpm	<input type="checkbox"/> Carga e pulso a SIN
<input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado	HR: _____ mmHg	<input type="checkbox"/> Refeições/medicação
<input type="checkbox"/> Colaborante <input type="checkbox"/> Agitado	TA: ___/___ mmHg	<input type="checkbox"/> Refeições aderentes
SpO ₂ : _____ %	FC: _____ %	<input type="checkbox"/> Tratamento medicamentoso
(R) Grau de Dependência na Autocuidado	<input type="checkbox"/> A Alimentar	<input type="checkbox"/> Regime com Ombreleira
<input type="checkbox"/> Dependente	TE: _____ %	<input type="checkbox"/> Tratamento para o sistema urinário realizado
— Grau leve	SpO ₂ (S/N): _____ Local: _____	<input type="checkbox"/> Anestesia Venosa _____ Local: _____
— Grau Moderado	SpO ₂ (S/N): _____ Local: _____	<input type="checkbox"/> Anestesia Arterial _____ Local: _____
— Grau Grave	SpO ₂ (S/N): _____ Local: _____	<input type="checkbox"/> Medicação por aromaterapia _____
<input type="checkbox"/> Independente	SpO ₂ (S/N): _____ Local: _____	<input type="checkbox"/> Antibiótico Antibiótico _____

Dados Complementares de Diagnóstico (em sistema informatizado ou através de impressão de utente)
 ECO Sonografia Cateterização Cateterização da Mesenterial Outros: _____

Resultados Analíticos (___/___/___) INR: ___(INR) | Plaquetas: ___ x10⁹/L | Hb: ___ (Colesterol: ___ mg/dl)
 Ureia: ___ (PCN: ___ mg/L) | Troponin: ___ (Troponin: ___)
 Troponin: ___ (Troponin: ___) | Troponin: ___ (Troponin: ___) | Troponin: ___ (Troponin: ___) | Troponin: ___ (Troponin: ___)
 Troponin: ___ (Troponin: ___) | Troponin: ___ (Troponin: ___) | Troponin: ___ (Troponin: ___) | Troponin: ___ (Troponin: ___)
 Troponin: ___ (Troponin: ___) | Troponin: ___ (Troponin: ___) | Troponin: ___ (Troponin: ___) | Troponin: ___ (Troponin: ___)

(R) Recomendações/Outras informações: _____

Enfermeiro(a): _____ Médico(a): _____ Data: ___/___/___

COMUNICAÇÃO EFETIVA NA
TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DO
DOENTE CRÍTICO CARDÍACO EM
CONTEXTO PERIOPERATÓRIO

1) Transição de cuidados do
doente crítico cardíaco em
contexto perioperatório
(Intrahospitalar)

- **Pós-operatório**



Sabia que ?

Sabia que ?

Relatórios com informação sobre:

- Intraoperatório no Bloco Operatório
- Pós-operatório na UCI

Sabia que ?



Sabia que ?





Sabia que ?





Sabia que ?



Logótipo da Instituição Nota de transferência do utente cardíaco em contexto perioperatório
Pre-operatório | Enfermagem

Hospital e Serviço de origem: Hospital e Serviço de destino:

(I) Identificação do Utente
(Se possível, colar o sistema de identificação)

Nome: _____ Sobrenome: _____
Sexo: M F
Data de nascimento: / / Idade: _____
Altura: _____
N.º Processo: _____

(II) Situação Atual / História Clínica Atual
Data de admissão: / / Diagnóstico: _____
Intervenção cirúrgica a realizar: _____
Médico Responsável: _____ Enf.º Responsável: _____

(III) Background / História Clínica Anterior
Antecedentes pessoais relevantes:
 Hipertensão Arterial DM Insulino-dependente AVC Isquémico Outros: _____
 Dislipidemia DM não Insulino-dependente AVC Hemorrágico Anemia _____
 Tabagismo Síndrome Polipática/Alzheimer Anemia _____
 Terapêutica no domicílio: Sim Não Cumpre Terapêutica: Sim Não
 Antecedentes Familiares Cardiovasculares: _____
 Alérgico: Sim, a _____ Desconhecido

(IV) Avaliações

Estado de Consciência	Sinais Vitais	Cateteres, Perfusões, Sondas e Demais
<input type="checkbox"/> Consciente	FC: _____ bpm	<input type="checkbox"/> Acesso Venoso: _____
<input type="checkbox"/> Orientado	TA: _____ mmHg	<input type="checkbox"/> Perfusão: _____
<input type="checkbox"/> Colaborante	TA: _____ mmHg	<input type="checkbox"/> Acesso Arterial: _____
Grau de Dependência no Autocuidado	SpO2 com SPO2: _____ %	<input type="checkbox"/> Sonda: _____
<input type="checkbox"/> Dependente	TT: _____ °C	<input type="checkbox"/> Diurese: _____
___ Grau Elevado	Dor (E.N.): _____ Local: _____	
___ Grau Moderado	BMI (se aplicável): _____ mg/dL	
___ Grau Leve		
<input type="checkbox"/> Independente		

Exames Complementares de Diagnóstico (em sistema informatizado ou anexos ao processo de utente)
 ECG Ecocardiograma Coagulograma Cateteriza de laboratório Outros: _____

Resultados Analíticos / / Hb _____ g/L / Haptos _____ mU/L / INR _____ / Creatinina _____ mg/dL
 Ureia _____ mg/dL / TSH _____ mU/L / T4 livre _____ ng/dL / T4 total _____ ng/dL / T4 livre _____ ng/dL / T4 total _____ ng/dL

Terapêutica AAS: _____ (sistema tome: / / a /) Diapirético: _____ (sistema tome: / / a /)
 Tioamido: _____ (sistema tome: / / a /) Enzimas digestivas: _____ (sistema tome: / / a /)
 Outros: _____

(V) Recomendações/Outras informações: _____
 Pessoa significante: _____
 Contacto: _____
 Grau de parentesco: _____
 Enfermeiro/a _____ MF responsável _____ Data: / /

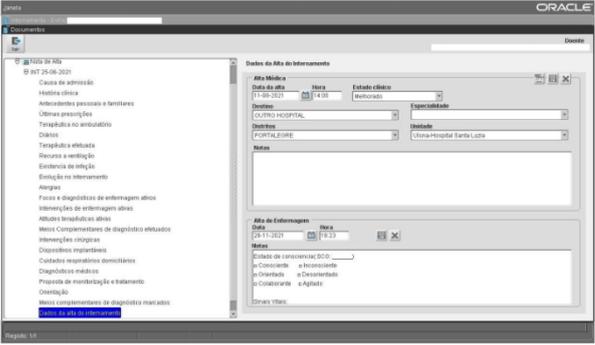
COMUNICAÇÃO EFETIVA NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DO DOENTE CRÍTICO CARDÍACO EM CONTEXTO PERIOPERATÓRIO

2) Transição de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório (Interhospitalar)

COMUNICAÇÃO EFETIVA NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DO DOENTE CRÍTICO CARDÍACO EM CONTEXTO PERIOPERATÓRIO

2) Transição de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório (Interhospitalar)

Perspetiva para o futuro:
Proposta de informatização no SClínico



The screenshot shows the Oracle SClínico interface. On the left, there is a navigation menu with options like 'Compartilhado', 'História de Admissão', 'Medicina Clínica', 'Antecedentes pessoais e familiares', 'Outras prescrições', 'Terapêutica no ambulatório', 'Diagnósticos', 'Terapêutica efetuada', 'Revisão e avaliação', 'Evidência de infeção', 'Evidência no internamento', 'Alergias', 'Focos e diagnósticos de enfermagem atuais', 'Intervenções de enfermagem atuais', 'Médicos responsáveis atuais', 'Médicos Complementares de diagnóstico efetuados', 'Intervenções integradas', 'Dispositivos implantados', 'Cuidados respiratórios domiciliários', 'Diagnósticos médicos', 'Proposta de reabilitação e tratamento', 'Orientação', and 'Médicos Complementares de diagnóstico marcados'. On the right, there are two main panels: 'Dados de Atividade de Internamento' and 'Atas de Enfermagem'. The 'Dados de Atividade de Internamento' panel includes fields for 'Data de Admissão', 'Hora', 'Estado Clínico', 'Diagnóstico', 'Local', and 'Observações'. The 'Atas de Enfermagem' panel includes fields for 'Data', 'Hora', 'Estado de Consciência', 'Orientado', 'Desorientado', 'Colaborante', and 'Alérgico'.

Opções: (1) parametrizar no SClínico se possível ou (2) copiar, colar no campo de "Nota de Atividade de Enfermagem" e preencher

(II) Situação Atual / História Clínica Atual
Data de admissão: / / Diagnóstico: _____
Intervenção cirúrgica a realizar: _____
Médico Responsável: _____ Enf.º Responsável: _____

(III) Background / História Clínica Anterior
Antecedentes pessoais relevantes:
 Terapêutica no domicílio: Sim Cumpre Terapêutica: Sim
 Antecedentes Familiares Cardiovasculares: _____
 Alérgico: Sim, a _____ Desconhecido

Sexo: M F
Altura: _____ cm

(IV) Avaliações
Estado de consciência (CC): _____
 Consciente
 Orientado
 Colaborante

Grau de dependência:
 Dependente
 ___ Grau Elevado
 ___ Grau Moderado
 ___ Grau Leve
 Independente

Sinais Vitais:
 FC: _____ bpm | Ritmo Cardíaco: _____
 TA: _____ mmHg
 Espúmetro com SPO2: _____ % Ar Atmosférico | O2 por _____
 TT: _____ °C
 Dor (E.N.): _____ Local: _____
 BMI (se aplicável): _____ mg/dL

COMUNICAÇÃO EFETIVA NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DO DOENTE CRÍTICO CARDÍACO EM CONTEXTO PERIOPERATÓRIO

2) Transição de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório (Interhospitalar)

Perspetiva para o futuro:
Proposta de informatização no SClínico

Logótipo da Instituição

CHECKLIST | Enfermagem
Cateterismo Cardíaco

(Identificação do Utente)
(Se possível, colocar vários de identificação)

Nome: _____
 Data de nascimento: ____/____/____ Idade: ____
 Nº. Processo: _____ Peso: ____ kg
 Altura: ____ cm

Serviço de origem: _____
 Serviço de destino: _____

(Situação Atual / História Clínica Atual)
 Data de admissão: ____/____/____ Diagnóstico: _____
 Médico Responsável: _____

(Background / História Clínica Anterior)
 Antecedentes pessoais relevantes (Excluir antecedentes de SCA, PCV, AICA, M, anesestesia)
 Hipertensão Arterial DM não insulinodependente AVC Isquémico Diálise
 Diabetes DM não insulinodependente AVC Isquémico Anestesia
 Tuberculose Úlcera Péptica/Úlcera Anemia

Tempestades no dorso: Sim Não Carga Terapêutica: Sim Não

Antecedentes Cirúrgicos Cardiovasculares:
 Sim Não Reações graves a contraste em exames anteriores Desconhecido

(Avaliações)

Estado de Consciência	Sinais Vitais	Intervenções de Enfermagem
<input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Hiperreflexo	ECG: _____	<input type="checkbox"/> Carga vital a 20
<input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado	Muco Cardíaco: _____	<input type="checkbox"/> Reações Adversas
<input type="checkbox"/> Colaborador <input type="checkbox"/> Não colaborador	SpO ₂ : ____/____ % <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cateterismo realizado (região: inguinal/bilateral e nasal (S))
Estado Dependência no Autocuidado	Exatidão com ORO: ____ %	<input type="checkbox"/> Estado pré, intra e pós procedimento realizado
<input type="checkbox"/> Dependente	TA: ____/____ mmHg	<input type="checkbox"/> Anestesia Venosa em M&M _____ com Dose 50%
— Grau Elevado	Der (E/A) Local: _____	<input type="checkbox"/> em NAC/OP em curso
— Grau Moderado	ECG: _____	<input type="checkbox"/> Anestesia Anest. Local
— Grau Leve	RX: se aplicável: _____	<input type="checkbox"/> Medicação pré procedimento
<input type="checkbox"/> Independente		
Órgãos Programados? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Perdas hemáticas recentes? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Exames Complementares de Diagnóstico (se aplicável) realizados no pré-procedimento (se aplicável):	<input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> Cateterismo do Miocárdio <input type="checkbox"/> Outros: _____	
Resultados Analíticas (se aplicável): Hb: ____ g/L Hct: ____ % Plaquetas: ____ x10 ⁹ /L INR: ____	Outros: _____	
Tempestades: <input type="checkbox"/> AAU/Trombocitose Carga de: ____ mg a ____ mg Início de dia: ____/____/____ Última Terna: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Captopril/Anticoagulação Carga de: ____ mg a ____ mg Início de dia: ____/____/____ Última Terna: ____/____/____	
<input type="checkbox"/> Brilho/Transtorno Carga de: ____ mg a ____ mg Início de dia: ____/____/____ Última Terna: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Insulina/Sulfato HbA _{1c} : ____ % Última Administração: ____/____/____	
<input type="checkbox"/> Anestésicos Orais <input type="checkbox"/> Estativa <input type="checkbox"/> Insulina <input type="checkbox"/> Anticoagulantes Orais Última Terna: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Outros: _____	

(Recomendações/Outras Informações)

O Enfermeiro: _____ Nº. Recurso: _____ Data: ____/____/____

EM ACRÉSCIMO ...

COMUNICAÇÃO EFETIVA NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DO DOENTE CRÍTICO CARDÍACO

Atualização da Check-list de Enfermagem relativamente à transição de cuidados do doente submetido a **Cateterismo Cardíaco**

- A comunicação efetiva entre a equipa de cuidados é essencial, particularmente na equipa de enfermagem;
- É fulcral nos cuidados à pessoa em situação crítica em todos os seus contextos, inclusivamente no perioperatório, o qual poderá acarretar consigo maiores riscos.
- A comunicação efetiva da equipa de enfermagem durante a transição de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório contribui, assim, para a sua segurança através de uma continuidade de cuidados eficaz.

Considerações Finais



Esclarecimento de Dúvidas



Referências

- AHA. (março de 2020). Heart Disease and Stroke Statistics - 2020 Update: A Report from the American Heart Association. Obtido em novembro de 2021, de American Heart Association: <https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/CIR.0000000000000757>
- DGS. (fevereiro de 2016). Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números – 2015. Obtido em novembro de 2021, de Direção-Geral da Saúde: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-cerebro-cardiovasculares-em-numeros-2015-pdf.aspx>
- DGS. (2017). Norma 001/2017 - Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Obtido em setembro de 2021, de Direção-Geral da Saúde: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- Diário da República. (fevereiro de 2015). Despacho n.º 1400-A/2015 | Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Obtido em 2021 de novembro, de Diário da República Eletrónico: <https://files.dre.pt/2s/2015/02/028000001/0000200010.pdf>
- Diário da República. (2021). Despacho n.º 9390/2021 | Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Obtido em novembro de 2021, de Diário da República Portuguesa: <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>

Referências

- INEa. (2020). Infografia : Saúde em Portugal-2018. Obtido em novembro de 2021, de Instituto Nacional de Estatística: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_inst_infografia&INST=427173770&xpid=INE
- INEb. (2020). Estatísticas da Saúde 2018. Obtido em novembro de 2021, de Instituto Nacional de Estatística: https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=427101926&att_display=n&att_download=y
- OE. (2016). CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Obtido em 21 de março de 2021, de https://futuresenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf
- OE. (novembro de 2017). Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Obtido em 1 de abril de 2021, de Ordem dos Enfermeiros: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- OE. (2018). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Obtido em 24 de maio de 2021, de DRE: <https://dre.pt/home/-/dre/115698617/details/maximized>

Referências

- OMSa. (junho de 2021). Cardiovascular diseases (CVDs). Obtido de World Health Organization (Organização Mundial de Saúde): [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- OMSb. (2021). Global Patient Safety Action Plan 2021-2030. Obtido em novembro de 2021, de World Health Organization (Organização Mundial de Saúde): <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
- Taurino, I. J. (2019). Cirurgia cardíaca: refletindo sobre o cuidado de enfermagem no período pós-operatório. Obtido em novembro de 2021, de Revista PubSaúde: <https://pubsaude.com.br/wp-content/uploads/2020/03/014-Cirurgia-card%C3%ADaca-refletindo-sobre-o-cuidado-de-enfermagem-no-per%C3%ADodo-p%C3%B3s-operat%C3%B3rio.pdf>

Apêndice 5 – Projeto de Estágio SU

Mestrado em Enfermagem em Associação



Universidade de Évora

Escola Superior de Enfermagem São João de Deus

Mestrado em Enfermagem (Curso em Associação) / Especialização em

Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica

Ano Letivo 2020/2021

1º Ano – 2º Semestre

Unidade Curricular: Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Projeto de Estágio

Serviço de Urgência Geral

Nome da Instituição

Orientação Pedagógica:

Prof.^a Dr.^a Maria do Céu Marques

Orientação Clínica:

Enfermeiro Especialista

Discente:

Joana Pisco, m47245

Évora, 25 de maio de 2021

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

APA	American Psychological Association
EE	Enfermeiro Especialista
EMC	Enfermagem Médico-Cirúrgica
DGS	Direção-Geral da Saúde

Abreviatura do nome da Instituição

IACS	Infeção Associada aos Cuidados de Saúde
OE	Ordem dos Enfermeiros
ONAF	Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo
PPCIRA	Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos
PSC	Pessoa em Situação Crítica
SU	Serviço de Urgência
UCIM	Unidade de Cuidados Intermédios Médicos
VMI	Ventilação Mecânica Invasiva
VNI	Ventilação Não Invasiva

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Objetivos a desenvolver no âmbito das competências comuns do EE em EMC-PSC

Tabela 2 - Objetivos a desenvolver no âmbito das competências específicas do EE em EMC-PSC

Índice

0 Introdução.....	5
1 Enquadramento Contextual do Ensino Clínico.....	7
1.1 A Instituição.....	7
1.2. Serviço de Urgência Geral.....	8
2. Prática especializada em Enfermagem Médico Cirúrgica- A Pessoa em Situação Crítica.....	10
2.1. Objetivos específicos, atividades a desenvolver e indicadores de avaliação.....	10
2.1.1 Objetivo nº 1: Adquirir competências comuns do EE em EMC-PSC.....	11
2.1.2. Objetivo nº 2: Adquirir competências específicas do EE em EMC-PSC.....	15
3. Considerações Finais.....	19
4. Referências.....	20

0 Introdução

O ensino clínico, vulgarmente denominado como estágio, é fundamental no desenvolvimento da formação em Enfermagem, pois permite complementar a formação teórica com a prática, bem como vivenciar situações concretas e específicas que facilitarão a aprendizagem e a adoção de competências clínicas (Silva & Silva, 2004).

No âmbito do Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, integrado no plano de estudos do Mestrado em Enfermagem (Curso em Associação) / Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica (EMC-PSC), lecionado na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, surge a elaboração do presente projeto que servirá como instrumento facilitador da sistematização de objetivos e metas a atingir durante todo o percurso.

Este ensino clínico decorre desde 17 de maio a 27 de junho de 2021 no Serviço de Urgência Geral do **Nome da Instituição**, tendo a duração de seis semanas consecutivas, o que corresponde a oito créditos e a 162 horas, das quais devem ser concretizadas 144h de contacto com o campo de estágio. O atual ensino clínico desenvolve-se sob a orientação clínica do Enfermeiro Especialista **Nome do Especialista** a orientação pedagógica da Professora Maria do Céu Marques.

Segundo consta no seu planeamento, este ensino clínico possui como principais objetivos de aprendizagem:

- Prestar cuidados à pessoa/família em situações de urgência ou UCI;
- Gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos em situações de urgência ou UCI;
- Realizar a gestão diferenciada da dor e do bem-estar à pessoa em situações de urgência ou UCI;
- Desenvolver a prática clínica à pessoa/família em situação de urgência ou UCI;
- Identificar focos de instabilidade:
- Assistir a pessoa e família nas perturbações decorrentes da situação de urgência;
- Gerir a comunicação interpessoal na relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de urgência ou UCI;
- Gerir o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação de urgência ou UCI.

Assim sendo, indo de encontro aos objetivos gerais do ensino clínico, enquanto futura enfermeira especialista (EE) em EMC-PSC, estabeleci objetivos específicos relacionados com as minhas principais áreas de interesse, os quais se encontrarão descritos neste projeto.

O termo “projeto” representa o desejo, o propósito ou a necessidade de se alcançar metas, resultados ou objetivos específicos, sendo, para isso, necessário delinear um conjunto de atividades também específicas para que se consiga atingir determinado fim (Lafetá, Gomes, Batistini, & Barros, 2014).

Posto isto, é importante salientar que este Projeto de Estágio servirá como um guia orientador do ensino clínico uma vez que, através da sua elaboração, procurarei clarificar e estabelecer objetivos pessoais, exequíveis e reais perante o contexto do serviço, delineando estratégias e atividades que me permitam alcançá-los, apresentando igualmente indicadores relacionados com os resultados desejados. Assim, torna-se verdadeiramente importante conhecer a realidade onde se insere o Ensino Clínico, neste caso, o Serviço de Urgência Geral do **Nome da Instituição**, motivo pelo qual será contextualizado.

Acredito que este projeto me ajudará a planear, orientar e, por fim, avaliar a minha atuação ao longo de todo o meu percurso durante o ensino clínico, o que considero um contributo fulcral para a minha aprendizagem, uma vez que me permitirá consciencializar-me acerca da realidade com que contactarei, bem como das oportunidades de aprendizagem que daí advirão e das capacidades e competências que terei de desenvolver e aprofundar para que as minhas intervenções sejam eficazes enquanto futura enfermeira especialista na vertente da PSC, quer junto do utente, como da sua família e de toda a equipa inter e multidisciplinar.

Este documento encontra-se, portanto, dividido em quatro partes distintas. Em primeira instância, encontra-se a contextualização e a caracterização da Instituição e do Serviço que integrarei durante o ensino clínico. Em segunda instância, apresentarei os objetivos pessoais a que me proponho, bem como o planeamento de atividades e estratégias que me permitam atingi-los sob a forma de tabela. Por fim, encontram-se as minhas considerações finais e as referências utilizadas.

É importante ainda referir que o presente trabalho académico foi realizado de acordo com a 7ª Edição das Normas *American Psychological Association* (APA) e o atual acordo ortográfico em vigor.

1 Enquadramento Contextual do Ensino Clínico

1.1. A Instituição

O [] é considerado a maior, a principal e a mais diferenciada unidade hospitalar do território alentejano, recebendo utentes do Alentejo Central, do Alto e Baixo Alentejo, bem como do Alentejo Litoral. A área sob a qual exerce influência corresponde a cerca de 30% do território português. Contudo, devido à sua densidade populacional ser mais baixa, isto corresponde a cerca de 6,8% da população portuguesa, caracterizando-se igualmente por um índice de envelhecimento considerável, o que acarreta consigo desafios na gestão dos recursos e cuidados de saúde prestado (Fonte institucional)

Esta unidade hospitalar destaca-se como uma referência no Alentejo nas mais diversas e diferenciadas áreas, dispondo de recursos e serviços únicos que dão resposta à região. Neles incluem-se: o Serviço de Urgência Polivalente (o único no Alentejo); o Serviço de Nefrologia (o único da região com cobertura de urgência); o Serviço de Gastroenterologia (com urgência diária); o Serviço de Cardiologia (o único que integra uma Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos e que dispõe de duas salas na Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção, a funcionar 24h/dia); a Unidade de AVC; a especialidade de Hematologia (que serve toda a região do Alentejo Central, Litoral e Alto Alentejo), a única unidade de Radioterapia (que assegura este tipo de tratamento aos hospitais da sua área de influência); o único Serviço de Anatomia Patológica tipo II que existe na região, entre outros. Além disso, é ainda importante referir que, em dezembro de 2020, foi inaugurado o Serviço de Hospitalização Domiciliária, dando resposta às necessidades reais dos utentes num outro contexto, presenciando-se a transição do paradigma de cuidados personalizados (Fonte institucional)

Em 2020/2021, em pleno contexto pandémico, o [] destacou-se como centro de testagem e diagnóstico para SARS-COV-2 e, enquanto hospital central na região, assumiu-se como fundamental na identificação de redes de contágio e na identificação de casos assintomáticos (Fonte institucional)

A nível de instalações físicas, organização interna e diferenciação de valências, é importante referir que, em 2006, aquando da sua transformação em Entidade Empresarial, o [] sofreu uma profunda transformação, aumentando a disponibilidade de cuidados diferenciados, colmatando carências existentes na região. Por sua vez, ao longo de 2020/2021, perante plena pandemia e todas as exigências que acarretou consigo, o []

adaptou as suas instalações, criando internamento em Enfermarias e Unidades de Cuidados Intensivos para doentes positivos para SARS-COV-2, visando assegurar os cuidados adequados a este tipo de doentes. Neste âmbito, registado nas análises de Benchmarking elaboradas periodicamente pela Administração Central do Sistema de Saúde, o [REDACTED] demonstrou um bom desempenho e valores de referência perante circunstâncias desafiantes e constrangimentos relacionados com a pandemia. Contudo, tudo isto se demonstrou possível pela excelente, dedicada e resiliente equipa de profissionais de saúde que transformaram dificuldades em motivação para ultrapassar adversidades e responder às necessidades dos utentes (Fonte institucional)

Assim sendo, a missão do [REDACTED] traduz-se na prestação de cuidados de saúde

(citação de fonte institucional)

Além

disso, os seus objetivos são: contribuir para a obtenção de ganhos em saúde, articulando-se com os cuidados de saúde primários, o setor social e o setor privado; garantir os direitos dos utentes e a humanização dos cuidados; melhorar o acesso e a oferta de serviços adequados; melhorar a eficiência técnica e económica; melhorar a qualidade dos cuidados prestados e a organização dos serviços; e valorizar os recursos humanos (Fonte institucional)

1.2. Serviço de Urgência Geral

No que diz respeito ao serviço onde se insere o ensino clínico, importa referir que este integra o Departamento de Urgência/Emergência do [REDACTED]. Além disso, é um serviço diferenciado e polivalente na rede de referência de urgência/emergência, prestando atendimento permanente em múltiplas valências, focando a sua missão na observação, tratamento e encaminhamento de utentes emergentes, muito urgentes e urgentes, recorrendo ao Sistema de Triagem de Manchester (Fonte institucional)

O Serviço de Urgência (SU) Geral de adultos é constituído por uma equipa multi e interdisciplinar, cuja direção clínica está sob a tutela do Dr. [REDACTED] e a gestão de enfermagem está entregue ao Enf.º Chefe [REDACTED]. A equipa de enfermagem conta ainda com 75 elementos, dos quais 16 são enfermeiros especialistas, 10 deles em EMC. Relativamente à equipa médica, esta inclui médicos de diversas valências: Medicina Interna, Cirurgia e Ortopedia, quer vinculados ao hospital como em prestação de serviços.

Fisicamente, este Serviço encontra-se situado no 1º piso do [REDACTED]. Encontra-se dividido em três áreas distintas: circuito não covid; Área dedicada para Doentes Respiratórios (ADR), destinada para doentes suspeitos ou positivos para SARS-COV-2; e Unidade de Cuidados Intermédios Médicos (UCIM).

A porta de entrada dos utentes para o SU dá acesso a uma Sala de Pré-Triagem, a qual os encaminhará para o circuito covid ou não covid.

Relativamente à área não covid, esta integra distintos setores onde se incluem a sala de triagem, a área médica (Balcão Homens e Balcão Mulheres), a área cirúrgica (sala de pequena cirurgia e sala de ortopedia), a Sala de Emergência, a Unidade de Internamento de Muito Curta Duração (UIMCD), comumente conhecida como Sala de Monitorização, e a Unidade de Internamento de Curta Duração Médico-Cirúrgica (UICDMC), vulgarmente conhecida como Sala de Observação (S.O.). Além disso, existe ainda a Sala de Eletrocardiografia, utilizada por Técnicos de Cardiopneumologia em contexto de urgência, e a Sala Polivalente, também conhecida como Sala Azul, anteriormente utilizada para transmissão de más notícias, isolamentos de contacto ou cuidados em fim de vida, sendo agora usada para a realização de testes covid a utentes presentes no circuito não covid.

Quanto à área ADR, esta destina-se ao atendimento de utentes positivos ou suspeitos para SARS-COV-2 em contexto de urgência.

No que diz respeito à UCIM, embora integrada no Serviço de Urgência Geral, possui uma gestão própria, a qual é realizada pela Enfermeira Responsável [REDACTED] e pelo Dr. [REDACTED], o coordenador clínico. Relativamente à equipa de enfermagem, esta é constituída por 27 enfermeiros, os quais exercem igualmente funções no SU. Importa referir que o Enfermeiro Especialista [REDACTED] integra a equipa da UCIM, motivo pelo qual será possível contactar diretamente com este contexto em específico no decorrer do ensino clínico, desenvolvendo igualmente competências à PSC neste âmbito.

Por fim, em relação ao horário de funcionamento do serviço, este ocorre durante 24h por dia, estando repartido por três turnos: Manhã (8h00 – 16h00), Tarde (16h00 – 00h00) e Noite (00h00 – 8h00). As visitas estão temporariamente suspensas, sendo pontualmente facultadas em situações de exceção como utentes em fim de vida.

2. Prática especializada em Enfermagem Médico Cirúrgica - A Pessoa em Situação Crítica

A prestação de cuidados de saúde, nomeadamente de enfermagem, assume-se atualmente como fulcral na segurança do utente. Além disso, a melhoria dos cuidados prestados depende de exigências técnicas e científicas, motivo pelo qual a diferenciação e a especialização dos profissionais de saúde são consideradas uma realidade e uma necessidade cada vez mais presente (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Deste modo, o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE) acompanha todas estas exigências, atribuindo aos enfermeiros o título de especialistas em seis especialidades distintas, na qual se inclui a Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, nomeadamente na vertente da pessoa em situação crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A vida da PSC encontra-se, múltiplas vezes, ameaçada pela falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais, pelo que é fundamental que o enfermeiro seja capaz de identificar, vigiar, monitorizar e gerir a sua sobrevivência, lidando eficazmente com situações críticas ou imprevistas, procurando igualmente o seu bem-estar e conforto (Cunha, 2019; Santo, 2020).

Assim sendo, o EE em EMC-PSC deve ser detentor de capacidades e competências nas mais diversas áreas. Enquanto futura EE nesta área, delineei objetivos específicos e pessoais para este ensino clínico, atendendo ao contexto em que se insere.

2.1. Objetivos específicos, atividades a desenvolver e indicadores de avaliação

Segundo a OE, um enfermeiro especialista é reconhecido por competências técnicas, científicas e humanas que lhe permitem prestar cuidados de enfermagem especializados em áreas de especialidade em enfermagem. Essas competências podem ser comuns ou específicas a cada especialidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Assim, é importante referir que os objetivos estabelecidos para este ensino clínico foram desenvolvidos de acordo com as competências comuns e específicas do EE em EMC-PSC, atendendo a áreas de interesse. Contudo, dado que o ensino clínico se desenvolve em apenas seis semanas, estes foram afinados por uma questão de organização, rentabilização e priorização do trabalho a desenvolver, considerando-se benéfica a seleção das competências que mais despertam interesse neste contexto. Não obstante disso, todas as restantes competências serão encaradas como um importante acréscimo, o qual será sempre bem-vindo e aproveitado em todas as oportunidades de aprendizagem que possam surgir.

2.1.1. Objetivo pessoal nº 1: Adquirir competências comuns do EE em EMC-PSC;

Além das competências específicas de cada área de especialidade, o EE deve ser detentor de competências comuns que se aplicam a todos os contextos de saúde e se relacionam com uma elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, bem como suporte efetivo do exercício de enfermagem, procurando melhorar continuamente a qualidade dos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

As competências comuns são então: (A) responsabilidade profissional, ética e legal; (B) Melhoria contínua da qualidade; (C) Gestão dos cuidados e (D) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Dentro dos quatro domínios, foram então selecionadas as seguintes competências:

Competências	Atividades a desenvolver	Indicadores de avaliação
A1 — Desenvolve uma prática profissional ética e legal na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.	<ul style="list-style-type: none"> - Prestar os cuidados de enfermagem à pessoa/família, demonstrando respeito pelas suas crenças e valores, respeitando princípios éticos e deontológicos; - Colaborar com a equipa no processo de tomada de decisão, atendendo ao Código Deontológico e os princípios éticos; - Incentivar e respeitar a tomada de decisão autónoma por parte do utente/família, estimulando o consentimento informado; - Refletir criticamente sobre a tomada de decisão, partilhando com o enfermeiro orientador. 	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstra um exercício seguro, profissional e ético; - Demonstra conhecimento do código ético e deontológico que rege a profissão; - Utiliza habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. - Respeita as crenças, valores e preferências dos utentes/famílias; - Avalia a tomada de decisão e os seus resultados, refletindo criticamente e debatendo com a equipa.

<p>A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Planear e prestar cuidados, defendendo os direitos humanos da pessoa/família; - Promover o direito de acesso à informação do utente/família durante a prestação de cuidados; - Respeitar e atender aos interesses e preferências do utente/família; - Promover o respeito pelos valores, crenças e direitos e deveres do utente/família; - Substituir o utente/família na melhor e mais adequada tomada de decisão em situações que requerem decisões imediatas sempre que não está capacitado/a para tal; - Identificar e reconhecer práticas de risco, atuando na sua prevenção; - Refletir criticamente e partilhar com o enfermeiro orientador. 	<ul style="list-style-type: none"> - Promove e assegura a proteção dos direitos humanos durante a prestação de cuidados; - Gere práticas de cuidados que fomentam a segurança, privacidade e dignidade do utente/família. - Simplifica o acesso à informação por parte do utente/família relativamente aos cuidados que lhe são prestados; - Promove o respeito pelas crenças e valores do utente/família, salvaguardando os seus direitos, interesses e deveres; - Adota medidas adequadas à tomada de decisão sempre que o utente/família não se encontra capacitado para tal; - Reconhece práticas de risco, prevenindo-as; - Reflete e avalia as atividades desenvolvidas.
<p>B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar lacunas do SU passíveis de colmatar para melhorar a prática clínica; - Identificar áreas da prestação de cuidados que possam integrar projetos de melhoria de qualidade; 	<ul style="list-style-type: none"> - Avalia a qualidade das práticas clínicas; - Identifica áreas onde seja possível intervir na melhoria da qualidade; - Planeia programas de melhoria contínua; - Lidera programas de melhoria.

	<ul style="list-style-type: none"> - Colaborar em programas que visem a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados; - Realizar uma formação em serviço, fundamentando cientificamente a sua pertinência para o contexto do SU; - Refletir criticamente e partilhar com o enfermeiro orientador. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza uma formação em serviço que corresponda a necessidades do serviço e promova a melhoria da qualidade da prática clínica; - Reflete e avalia os resultados das atividades;
B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro.	<ul style="list-style-type: none"> - Prestar cuidados ao utente/família de forma holística, demonstrando respeito pela sua especificidade individual, cultural e social; - Estabelecer uma relação de ajuda com o utente/família, baseada na confiança, conforto, empatia, privacidade e confidencialidade; - Eliminar ou minimizar o desconforto físico, psicológico, social e espiritual do doente crítico; - Implementar de medidas que atuem na prevenção de acidentes em serviço, criando um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança; - Refletir criticamente e partilhar com o enfermeiro orientador. 	<ul style="list-style-type: none"> - Presta cuidados respeitando a individualidade do utente/família; - Integra princípios de relação de ajuda com o utente/família; - Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual que gera segurança e proteção dos utentes/família; - Participa na gestão do risco da prática clínica; - Minimiza o erro durante a prática clínica; - Reflete criticamente sobre as atividades desenvolvidas e seus resultados.
C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a	<ul style="list-style-type: none"> - Procurar conhecer os recursos disponíveis, as normas e protocolos existentes no SU; 	<ul style="list-style-type: none"> - Tem conhecimento dos diferentes recursos, normas e protocolos implementados no SU;

<p>resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Colaborar com a equipa no processo de enfermagem implementado à PSC/família, bem como na tomada de decisão; - Desenvolver um relacionamento interpessoal favorável com a equipa multidisciplinar do SU; - Aumentar os conhecimentos na área da PSC, baseando a prática clínica de acordo com a evidência científica mais recente e recomendada; - Refletir criticamente e partilhar com o enfermeiro orientador. 	<ul style="list-style-type: none"> - Otimiza o processo de cuidados na sua implementação e na tomada de decisão; - Planeia e presta cuidados à PSC/família, articulando-se com a equipa multidisciplinar; - Promove uma relação de confiança e segurança no seio da equipa multidisciplinar; - Incentiva o seu autoconhecimento, contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados; - Reflete e avalia as atividades desenvolvidas.
<p>D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Refletir sobre o autoconhecimento enquanto pessoa e enfermeira; - Demonstrar de capacidade de comunicação com a equipa multidisciplinar, utente/família; - Demonstrar de capacidade de ação sob pressão e gestão eficaz de sentimentos e emoções; - Desenvolver a prática clínica de forma assertiva e competente; - Reconhecer situações de conflito e possível resolução; - Refletir individualmente e partilha com o enfermeiro orientador. 	<ul style="list-style-type: none"> - Possui consciência de si próprio enquanto pessoa e enfermeira, reconhecendo as suas qualidades e os seus limites; - Possui capacidade de comunicação interpessoal; - Adapta-se individualmente e organizacionalmente; - Age eficaz e eficientemente sob pressão, gerindo sentimentos e emoções; - Presta cuidados de forma assertiva e competente; - Conhece estratégias de gestão de conflitos, aplicando-as quando necessário; - Reflete e avalia as atividades desenvolvidas.

D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.	<ul style="list-style-type: none"> - Aprofundar conhecimentos da PSC em contexto de urgência, pesquisando patologias, procedimentos, técnicas e intervenções adequadas; - Prestar cuidados baseados em evidência científica atual e recomendada; - Fomentar a prática baseada na evidência, desenvolvendo uma formação em serviço relacionada com uma lacuna identificada, nomeadamente sobre a temática do <i>Debriefing</i> Pós-Reanimação Cardiopulmonar em contexto de Sala de Emergência no Serviço de Urgência; - Refletir criticamente e partilhar com o enfermeiro orientador. 	<ul style="list-style-type: none"> - Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho; - Suporta a prática clínica em evidência científica; - Identifica necessidades de formação no serviço; - Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho; - Reflete e avalia as atividades desenvolvidas.
---	--	--

Tabela 1 – Objetivos a desenvolver no âmbito das competências comuns do EE em EMC-PSC

2.1.2. Objetivo pessoal nº 2: Adquirir competências específicas do EE em EMC-PSC;

Segundo a OE (2019, p. 4745), competências específicas são aquelas que “decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas”.

A Enfermagem Médico-Cirúrgica pode dividir-se em distintas vertentes, nas quais se inclui a pessoa em situação crítica. Nesta vertente, segundo a OE (2018, p. 19359), o EE deve desenvolver as seguintes competências: “a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;

e) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.”

Assim sendo, foram então selecionadas as seguintes competências:

Competências	Atividades a desenvolver	Indicadores de avaliação
a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver competências e consolidar conhecimentos teórico-práticos na área de cuidados diferenciados ao doente crítico, preferencialmente com patologia respiratória e cardíaca; - Adquirir e aperfeiçoar competências e conhecimentos teórico-práticos na prestação de cuidados ao doente crítico sob Ventilação Não Invasiva (VNI), Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) e Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo (ONAF), se possível; - Prestar cuidados à pessoa em situação urgente/emergente, nomeadamente na Sala de Emergência, antecipando instabilidade e risco de falência orgânica; 	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstra conhecimentos na área da PSC no que diz respeito a patologias, sinais e sintomas, nomeadamente em doentes respiratórios e cardíacos; - Demonstra conhecimentos em procedimentos terapêuticos na PSC nas mais diversas áreas e especificamente em doentes com VNI, VMI e ONAF; - Presta cuidados competentes, eficazes e eficientes à PSC em situação urgente/emergente, inclusivamente em Sala de Emergência; - Identifica e antecipa focos de instabilidade, bem como o risco de falência orgânica da PSC;

	<ul style="list-style-type: none"> - Articular a prestação de cuidados em situação crítica com toda a equipa multidisciplinar; - Garantir a utilização de protocolos terapêuticos complexos; - Gerir eficazmente o controlo da dor aguda vivenciada pelo utente no processo complexo de doença crítica, procurando bem-estar; - Desenvolver e aperfeiçoar competências no âmbito de dispositivos invasivos em contexto de PSC, especificamente na monitorização hemodinâmica invasiva, nomeadamente em utentes com linha arterial; - Desenvolver competências necessárias ao estabelecimento e gestão de uma relação terapêutica e comunicação eficaz com a diade doente/família, ajudando-os a vivenciar processos complexos de doença crítica; - Auxiliar a pessoa/família a vivenciar perturbações emocionais decorrentes de situações críticas; 	<ul style="list-style-type: none"> - Atua na prestação de cuidados em situação crítica, articulando-se eficazmente com a equipa multidisciplinar; - Implementa protocolos terapêuticos complexos corretamente; - Gere o controlo da dor aguda experienciada pelo utente em situação crítica, atuando no seu alívio e estimulando o seu conforto e bem-estar; - Demonstra conhecimentos e competências acerca de dispositivos invasivos, nomeadamente no que concerne à monitorização hemodinâmica invasiva; - Estabelece uma comunicação eficaz com o utente/família; - Desenvolve eficazmente uma relação terapêutica com o doente/família; - Assiste o utente/família a lidar com perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica;
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Refletir criticamente e partilhar com o enfermeiro orientador. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reflete e avalia as atividades desenvolvidas.
<p>b) Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aprofundar e consolidar conhecimentos teórico-práticos sobre o Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA); - Procurar conhecer e analisar normas e protocolos existentes no SU no âmbito do PPCIRA; - Executar procedimentos, implementando estratégias para prevenção e controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS), tendo em conta as normas da Direção-Geral da Saúde (DGS) e os <i>bundles</i>. - Refletir criticamente e e partilhar com o enfermeiro orientador. 	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstra conhecimentos na área do PPCIRA; - Conhece as normas/protocolos existentes no SU no âmbito da prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde, atuando nesse sentido; - Aplica as normas e orientações da DGS no que diz respeito à prevenção e controlo de IACS durante a sua prática clínica. - Reflete e avalia as atividades desenvolvidas.

Tabela 2 – Objetivos a desenvolver no âmbito das competências específicas do EE em EMC-PSC

Considerações Finais

O presente Projeto de Estágio assume-se como fulcral, pois além de ter possibilitado uma melhor compreensão do contexto onde se insere o Ensino Clínico, permitiu igualmente delinear os objetivos específicos pessoais a que me proponho alcançar até ao final deste ensino clínico, os quais incidem nas competências comuns e específicas do EE em EMC-PSC e nas minhas áreas de interesse.

Os objetivos pessoais delineados foram definidos não só com base no contexto e na realidade do SU do [REDACTED], mas também tendo em conta a especificidade inerente a um enfermeiro especialista, atendendo igualmente aos objetivos gerais do ensino clínico, uma vez que estes correspondem a exigências impostas para a boa prática de enfermagem especializada em EMC-PSC.

A meu ver, considero que a elaboração deste Projeto de Estágio se torna bastante importante e útil por se constituir um instrumento que me irá ajudar a planear, a orientar e, por fim, a avaliar a minha atuação ao longo de todo o meu percurso durante o ensino clínico. Além disso, é igualmente vantajoso por me permitir traçar metas de forma antecipada, o que me permitirá explorar e rever antecipadamente conhecimentos teóricos que considero pertinentes e, desta forma, aproveitar ao máximo todos os momentos de aprendizagem com que terei oportunidade de contactar.

Por fim, não queria deixar de enfatizar o facto de o meu principal objetivo para este ensino clínico ser, acima de tudo, alcançar o sucesso através do meu desenvolvimento pessoal e profissional, alicerçando a boa prática à luz dos referenciais da enfermagem especializada. Espero e pretendo evoluir ao máximo a nível de conhecimentos, capacidades e competências para que a minha prestação de cuidados em situação crítica seja de excelência enquanto futura enfermeira especialista em EMC-PSC.

Tenho a perfeita noção de que será um ensino clínico exigente que me permitirá contactar com inúmeras experiências distintas do ambiente laboral onde me insiro atualmente, o que implica esforço, dedicação e empenho. No entanto, tal facto assume-se como desafiante, pois é uma área do meu interesse com a qual sentia curiosidade em contactar de forma mais aprofundada por motivos pessoais e profissionais, motivos pelos quais me sinto bastante motivada e com grandes expectativas.

Para terminar, gostaria ainda de fazer referência ao facto de ter a certeza absoluta que este ensino clínico me trará importantes e inesquecíveis experiências, momentos de aprendizagem, vivências e contributos a nível pessoal e profissional.

Referências

Cunha, J. M. (2019). Cuidados de enfermagem especializados no controlo de temperatura do doente vítima de paragem cardiorrespiratória. Obtido em 22 de maio de 2021, de RCAAP - Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28664/3/Joana%20Cunha%20-%20Cuidados%20de%20enfermagem%20especializados%20no%20controlo%20de%20temperatura%20do%20doente%20v%C3%ADtima%20de%20paragem%20cardiorrespiratoria.pdf>

(Fonte institucional) . O Hospital. Obtido em 23 de maio de 2021, de [REDACTED]

Website institucional

(Fonte institucional) . Serviços Clínicos - Urgência Geral. Obtido em 23 de maio de 2021 de [REDACTED] *Website institucional* .

Lafeté, F. G., Gomes, I. V., Batistini, A. A., & Barros, C. F. (2014). Gestão de Projetos: da antiguidade às tendências do século XXI. Obtido em 23 de maio de 2021, de <http://www.mesc.uff.br/publicacoes/enegepfrederico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Obtido em 24 de maio de 2021, de DRE: <https://dre.pt/home/-/dre/115698617/details/maximized>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Obtido em 24 de maio de 2021, de DRE: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>

Santo, M. S. (abril de 2020). Desafios na Aquisição de Competências em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Pessoa em Situação Crítica. Obtido em 13 de janeiro de 2020, de

IC-Online - Politécnico de Leiria:
<https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/5167/1/Mariana%20Silveirinha%20Santo%20-%20Relat%c3%b3rio%20de%20Estagio.pdf>

Silva, D. M., & Silva, E. M. (outubro de 2004). O ensino clínico na formação em enfermagem. Obtido em 21 de maio de 2021, de Politécnico de Viseu - Repositório Científico: <http://revistas.rcaap.pt/millennium/article/view/8437/6023>

Apêndice 6 – Projeto de Estágio UCIC

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Universidade de Évora
Escola Superior de Enfermagem São João de Deus
Mestrado em Enfermagem (Curso em Associação) / Especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica
Ano Letivo 2021/2022
2º Ano – 1º Semestre

Unidade Curricular: Estágio Final
Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

Nome da Instituição

Projeto de Estágio

Orientação Pedagógica:

Prof.^a Dr.^a Maria Céu Marques

Orientação Clínica:

Enfermeira Especialista

Discente:

Joana Pisco, m47245

Évora, outubro de 2021

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

APA	American Psychological Association
EAM	Enfarte Agudo do Miocárdio
EE	Enfermeiro Especialista
EMC	Enfermagem Médico-Cirúrgica
DGS	Direção-Geral da Saúde

Abreviatura do nome da Instituição

IACS	Infeção Associada aos Cuidados de Saúde
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
OE	Ordem dos Enfermeiros
ONAF	Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo
PPCIRA	Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos
PQCE	Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem
PSC	Pessoa em Situação Crítica
TAVI	<i>Transcatheter Aortic Valve Implantation</i> (Implantação de Válvula Aórtica Transcateter)
UCIC	Unidade de Cuidados Intensivos Coronários
UADCI	Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção
VMI	Ventilação Mecânica Invasiva
VNI	Ventilação Não Invasiva

Lista de Gráficos e Tabelas

- Tabela 1** Competências comuns do EE a alcançar no domínio A.
- Tabela 2** Competências comuns do EE a alcançar no domínio B.
- Tabela 3** Competências comuns do EE a alcançar no domínio C.
- Tabela 4** Competências comuns do EE a alcançar no domínio D.
- Tabela 5** Objetivos a alcançar para atingir a competência específica K1 do EE em EMC-PSC.
- Tabela 6** Objetivos a alcançar para atingir a competência específica K2 do EE em EMC-PSC
- Tabela 7** Objetivos a alcançar para atingir a competência específica K3 do EE em EMC-PSC
- Tabela 8** Atividades a desenvolver para alcançar as competências de Mestre

	4
Índice	
0 Introdução	5
1 Enquadramento do Contexto Clínico	7
1.1. A Instituição	7
1.2. Unidade de Cuidados Intensivos Coronários	8
2 Prática especializada em Enfermagem Médico Cirúrgica - A Pessoa em Situação Crítica.....	10
2.1. Competências a desenvolver	10
2.1.1. Competências comuns do Enfermeiro Especialista.....	11
2.1.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica	17
2.1.3. Competências de Mestre.....	21
Considerações Finais	26

0 Introdução

O ensino clínico, vulgarmente denominado como estágio, é fundamental no desenvolvimento da formação em Enfermagem, pois permite complementar a formação teórica com a prática, bem como vivenciar situações concretas e específicas que facilitarão a aprendizagem e a adoção de competências clínicas (Silva & Silva, 2004).

No âmbito do Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, integrado no plano de estudos do Mestrado em Enfermagem (Curso em Associação) / Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica (EMC-PSC), lecionado na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, surge a elaboração do presente projeto que servirá como instrumento facilitador da sistematização de objetivos e metas a atingir durante todo o percurso.

Este ensino clínico decorre desde 13 de setembro a 28 de janeiro de 2022 na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários, a qual se encontra integrada no Serviço de Cardiologia do **Nome da Instituição**, tendo a duração de 18 semanas consecutivas, o que corresponde a 24 créditos e a 388 horas, das quais devem ser concretizadas 336h de contacto com o campo de estágio.

Segundo consta no seu planeamento, este ensino clínico possui como principais objetivos de aprendizagem:

- Integrar princípios das teorias e modelos conceptuais em EMC no processo de cuidados à PSC e/ou falência orgânica;
- Desenvolver a prática clínica à pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica, fundamentada em sólidos padrões de conhecimento;
- Gerir a comunicação interpessoal na relação terapêutica com a pessoa/família em processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Colaborar em articulação com o nível estratégico na conceção dos planos de catástrofe/emergência e na liderança das respostas a estas situações;
- Participar na conceção e implementação de planos de controlo de infeção no contexto da PSC e/ou falência orgânica;
- Participar no processo de tomada de decisão ética, suportada em princípios, valores e normas deontológicas;
- Demonstrar uma atitude de aprendizagem contínua, auto-orientada e autónoma.

Assim sendo, indo de encontro aos objetivos gerais do ensino clínico, enquanto futura enfermeira especialista (EE) em EMC-PSC, estabeleci objetivos específicos que se relacionam com as competências gerais e específicas do EE nesta vertente, bem como com as competências de mestre. Além disso, delineei igualmente um projeto de intervenção major para o serviço onde decorre o ensino clínico, recorrendo à metodologia de projeto.

Este Projeto de Estágio servirá como um guia orientador do ensino clínico uma vez que, através da sua elaboração, procurarei clarificar e estabelecer objetivos pessoais, exequíveis e reais perante o contexto do serviço, delineando estratégias e atividades que me permitam alcançá-los, apresentando igualmente indicadores relacionados com os resultados desejados. Assim, torna-se verdadeiramente importante conhecer a realidade onde se insere este estágio, motivo pelo qual será contextualizado.

Acredito que este projeto me ajudará a planejar, orientar e, por fim, avaliar a minha atuação ao longo de todo o meu percurso durante o ensino clínico, o que considero um contributo fulcral para a minha aprendizagem, uma vez que me permitirá consciencializar-me acerca da realidade com que contactarei, bem como das oportunidades de aprendizagem que daí advirão e das capacidades e competências que terei de desenvolver e aprofundar para que as minhas intervenções sejam eficazes enquanto futura enfermeira especialista na vertente da PSC, quer junto do utente, como da sua família e de toda a equipa inter e multidisciplinar.

Este documento encontra-se, portanto, dividido em cinco partes distintas. Em primeira instância, encontra-se a contextualização e a caracterização da instituição e do serviço onde decorre o estágio final. Em segunda instância, apresentam-se as competências a atingir, bem como o planeamento de atividades a desenvolver que me permitam alcançá-las. Posteriormente, encontra-se o projeto de intervenção major que delinee para o serviço, onde consta todo o seu planeamento, desde a sua conceção à ação. Por fim, encontram-se as minhas considerações finais e as referências utilizadas.

É importante ainda referir que o presente trabalho académico foi realizado de acordo com a 7ª Edição das Normas *American Psychological Association* (APA) e o atual acordo ortográfico em vigor.

1 Enquadramento do Contexto Clínico

1.1. A Instituição

O [] é considerado a maior, a principal e a mais diferenciada unidade hospitalar do território alentejano, recebendo utentes do Alentejo Central, do Alto e Baixo Alentejo, bem como do Alentejo Litoral. A área sob a qual exerce influência corresponde a cerca de 30% do território português. Contudo, devido à sua densidade populacional ser mais baixa, isto corresponde a cerca de 6,8% da população portuguesa, caracterizando-se igualmente por um índice de envelhecimento considerável, o que acarreta consigo desafios na gestão dos recursos e cuidados de saúde prestados **(Fonte institucional)**

Esta unidade hospitalar destaca-se como uma referência no Alentejo nas mais diversas e diferenciadas áreas, dispondo de recursos e serviços únicos que dão resposta à região. Neles incluem-se: o Serviço de Urgência Polivalente (o único no Alentejo); o Serviço de Nefrologia (o único da região com cobertura de urgência); o Serviço de Gastroenterologia (com urgência diária); o Serviço de Cardiologia (o único que integra uma Unidade de Cuidados Intensivos Coronários e que dispõe de duas salas na Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção, a funcionar 24h/dia); a Unidade de AVC; a especialidade de Hematologia (que serve toda a região do Alentejo Central, Litoral e Alto Alentejo), a única unidade de Radioterapia (que assegura este tipo de tratamento aos hospitais da sua área de influência); o único Serviço de Anatomia Patológica tipo II que existe na região, entre outros. Além disso, é ainda importante referir que, em dezembro de 2020, foi inaugurado o Serviço de Hospitalização Domiciliária, dando resposta às necessidades reais dos utentes num outro contexto, presenciando-se a transição do paradigma de cuidados personalizados **(Fonte institucional)**

Em 2020/2021, em pleno contexto pandémico, o [] destacou-se como centro de testagem e diagnóstico para SARS-COV-2 e, enquanto hospital central na região, assumiu-se como fundamental na identificação de redes de contágio e na identificação de casos assintomáticos **(Fonte institucional)**

A nível de instalações físicas, organização interna e diferenciação de valências, é importante referir que, em 2006, aquando da sua transformação em Entidade Empresarial, o [] sofreu uma profunda transformação, aumentando a disponibilidade de cuidados diferenciados, colmatando carências existentes na região. Por sua vez, ao longo de 2020/2021, perante plena pandemia e todas as exigências que acarretou consigo, o []

adaptou as suas instalações, criando internamento em Enfermarias e Unidades de Cuidados Intensivos para doentes positivos para SARS-COV-2, visando assegurar os cuidados adequados a este tipo de doentes. Neste âmbito, registado nas análises de Benchmarking elaboradas periodicamente pela Administração Central do Sistema de Saúde, o [REDACTED] demonstrou um bom desempenho e valores de referência perante circunstâncias desafiantes e constrangimentos relacionados com a pandemia. Contudo, tudo isto se demonstrou possível pela excelente, dedicada e resiliente equipa de profissionais de saúde que transformaram dificuldades em motivação para ultrapassar adversidades e responder às necessidades dos utentes (Fonte institucional)

Assim sendo, a missão do [REDACTED] traduz-se na prestação de cuidados de saúde

(citação de fonte institucional)

Além disso, os seus objetivos são: contribuir para a obtenção de ganhos em saúde, articulando-se com os cuidados de saúde primários, o setor social e o setor privado; garantir os direitos dos utentes e a humanização dos cuidados; melhorar o acesso e a oferta de serviços adequados; melhorar a eficiência técnica e económica; melhorar a qualidade dos cuidados prestados e a organização dos serviços; e valorizar os recursos humanos (Fonte institucional)

1.2. Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

A UCIC do [REDACTED] foi inaugurada em 2007 e rege-se pela prestação de cuidados de saúde diferenciados a utentes do foro cardíaco provenientes de diversos serviços do hospital, principalmente da Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção (UADCI) do [REDACTED], a qual se destaca como referência na área de Cardiologia de Intervenção na região do Alentejo, colaborando com outros hospitais e diferenciando-se na Angioplastia Primária, Implantação de Cardioversores/Desfibriladores e Ressincronizadores, bem como na, ainda recente, Implantação de Válvula Aórtica Transcateter (TAVI).

Relativamente à unidade onde se insere o ensino clínico, esta situa-se no 5º piso e encontra-se integrada no Serviço de Cardiologia do [REDACTED]. A equipa multidisciplinar é constituída por vários Cardiologistas, Técnicos de Cardiopneumologia, Enfermeiros, Assistentes Operacionais e uma Assistente Técnica. Excluindo a enfermeira responsável do serviço, a equipa de enfermagem é composta por 28 enfermeiros, dos quais sete são

enfermeiros especialistas e quatro estão a frequentar um curso de especialização em enfermagem.

O Serviço de Cardiologista pretende assumir-se como moderno, baseando-se na excelência para todos os cuidados que presta. A sua missão assenta na prática assistencial, mas também na investigação, formação e intervenção na comunidade, tendo como principais objetivos a eficiência, a equidade e a qualidade dos cuidados que presta ao utente com patologia cardíaca **(Fonte institucional)**

A UCIC dispõe de 6 unidades de doentes com monitorização hemodinâmica multiparâmetros, a qual conta com dispositivos de monitorização invasiva sempre que se verifique necessário e se considere como uma mais-valia para o utente. É uma unidade de tipologia aberta, ou seja, todas as unidades dos doentes são facilmente visíveis pela equipa de saúde a partir de uma bancada de monitorização e de trabalho.

A UCIC assume-se igualmente como a central de monitorização eletrocardiográfica de doentes internados no serviço de cardiologia através de telemetria, permitindo uma rápida identificação de instabilidade nos mesmos.

Relativamente aos recursos materiais que dispõe, esta unidade possui equipamentos essenciais, nos quais se incluem um carro de emergência (devidamente constituído e selado) com um Desfibrilhador Lifepack® acoplado, ventiladores para ventilação invasiva e não invasiva, que oferecem também oportunidade para Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo (ONAF), entre outros.

No que diz respeito aos recursos humanos, a equipa multidisciplinar da UCIC é a mesma do Serviço de Cardiologia. Os cuidados médicos são assegurados diariamente pelo Cardiologista responsável escalado e existe ainda um Cardiologista de serviço durante 24h para responder continuamente às necessidades dos utentes. Relativamente à equipa de enfermagem, existem sempre dois enfermeiros por turno, sendo que um deles (normalmente, um enfermeiro especialista) é responsável pela gestão de cuidados.

2 Prática especializada em Enfermagem Médico Cirúrgica - A Pessoa em Situação Crítica

A prestação de cuidados de saúde, nomeadamente de enfermagem, assume-se atualmente como fulcral na segurança do utente. Além disso, a melhoria dos cuidados prestados depende de exigências técnicas e científicas, motivo pelo qual a diferenciação e a especialização dos profissionais de saúde são consideradas uma realidade e uma necessidade cada vez mais presente (OE, 2019).

O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE) acompanha todas estas exigências, atribuindo aos enfermeiros o título de especialistas em seis especialidades distintas, na qual se inclui a Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, nomeadamente na vertente da pessoa em situação crítica (OE, 2019).

Assim sendo, o EE em EMC-PSC deve ser detentor de capacidades e competências nas mais diversas áreas. Enquanto futura EE nesta área, delineei objetivos específicos e pessoais a atingir não só no âmbito das competências específicas do EE, mas também no que diz respeito às competências comuns e competências de mestre, as quais são fulcrais para alcançar o sucesso e o grau a que me propus ao ingressar neste mestrado com especialização.

2.1. Competências a desenvolver

Segundo a OE, um enfermeiro especialista é reconhecido por competências técnicas, científicas e humanas que lhe permitem prestar cuidados de enfermagem especializados em áreas de especialidade em enfermagem. Essas competências podem ser comuns ou específicas a cada especialidade (OE, 2019).

Assim, é importante referir que os objetivos estabelecidos para este estágio foram desenvolvidos de acordo com as competências comuns e específicas do EE em EMC-PSC, atendendo a áreas de interesse, atendendo igualmente às competências de mestre.

2.1.1. Competências comuns do Enfermeiro Especialista

Além das competências específicas de cada área de especialidade, o EE deve ser detentor de competências comuns que se aplicam a todos os contextos de saúde e se relacionam com uma elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, bem como suporte efetivo do exercício de enfermagem, procurando melhorar continuamente a qualidade dos cuidados prestados (OE, 2019).

As competências comuns são então: (A) responsabilidade profissional, ética e legal; (B) Melhoria contínua da qualidade; (C) Gestão dos cuidados e (D) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019).

Seguidamente, irão ser descritas as competências que pretendo alcançar, apresentando atividades a desenvolver e indicadores de avaliação.

- (A) Responsabilidade profissional, ética e legal

Unidade de competência	Atividades a desenvolver	Indicadores de avaliação
A1 — Desenvolve uma prática profissional ética e legal na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.	<ul style="list-style-type: none"> - Prestar os cuidados de enfermagem à pessoa/família, demonstrando respeito pelas suas crenças e valores, respeitando princípios éticos e deontológicos; - Colaborar com a equipa no processo de tomada de decisão, atendendo ao Código Deontológico e os princípios éticos; - Incentivar e respeitar a tomada de decisão autónoma por parte do utente/família, estimulando o consentimento informado; - Refletir criticamente sobre a tomada de decisão, partilhando com a enfermeira orientadora. 	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstra um exercício seguro, profissional e ético; - Demonstra conhecimento do código ético e deontológico que rege a profissão; - Utiliza habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. - Respeita as crenças, valores e preferências dos utentes/famílias; - Avalia a tomada de decisão e os seus resultados, refletindo criticamente e debatendo com a equipa.

<p>A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Planear e prestar cuidados, defendendo os direitos humanos da pessoa/família; - Promover o direito de acesso à informação do utente/família durante a prestação de cuidados; - Respeitar e atender aos interesses e preferências do utente/família; - Promover o respeito pelos valores, crenças e direitos e deveres do utente/família; - Substituir o utente/família na melhor e mais adequada tomada de decisão em situações que requerem decisões imediatas sempre que não está capacitado/a para tal; - Identificar e reconhecer práticas de risco, atuando na sua prevenção; - Refletir criticamente e partilhar com a enfermeira orientadora. 	<ul style="list-style-type: none"> - Promove e assegura a proteção dos direitos humanos durante a prestação de cuidados; - Gere práticas de cuidados que fomentam a segurança, privacidade e dignidade do utente/família. - Simplifica o acesso à informação por parte do utente/família relativamente aos cuidados que lhe são prestados; - Promove o respeito pelas crenças e valores do utente/família, salvaguardando os seus direitos, interesses e deveres; - Adota medidas adequadas à tomada de decisão sempre que o utente/família não se encontra capacitado para tal; - Reconhece práticas de risco, prevenindo-as; - Reflete e avalia as atividades desenvolvidas.
--	--	---

Tabela 1 – Competências comuns do EE a alcançar no domínio A.

- (B) Melhoria contínua da qualidade

Unidade de competência	Atividades a desenvolver	Indicadores de avaliação
B1- Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar uma pesquisa bibliográfica na área da governação clínica; - Interiorizar componentes de governação clínica; - Refletir criticamente e partilhar com a enfermeira orientadora. 	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstra conhecimentos no âmbito da governação clínica; - Procura meios facilitadores de aprendizagem relacionados com a governação clínica; - Reflete e avalia as atividades desenvolvidas.
B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar uma pesquisa bibliográfica que contemple a dimensão da qualidade, nomeadamente na área da saúde e enfermagem; - Prestar de cuidados de enfermagem com base nos Padrões de Qualidade dos Cuidados em Enfermagem (PQCE) preconizados pela OE; - Avaliar lacunas presentes no serviço passíveis de colmatar para melhorar a prática clínica; - Identificar áreas da prestação de cuidados que possam integrar projetos de melhoria de qualidade; - Colaborar em programas que visem a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados; - Atualizar as folhas de <i>check-list</i> de preparação dos utentes para cateterismo cardíaco, implantação de pacemaker e implantação 	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstra conhecimentos no âmbito da qualidade em saúde e da qualidade dos cuidados de enfermagem, aplicando-os prática clínica; - Atua de acordo com PQCE, nomeadamente na vertente da PSC. - Avalia a qualidade das práticas clínicas; - Identifica áreas onde seja possível intervir na melhoria da qualidade; - Planeia e lidera programas de melhoria contínua; - Implementa um projeto de intervenção que corresponda a necessidades do serviço e

	<p>de válvula aórtica transcater (TAVI) de acordo com a técnica de comunicação ISBAR.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implementar um projeto de intervenção no serviço, fundamentando cientificamente a sua pertinência; - Refletir criticamente e partilhar com a enfermeira orientadora. 	<p>promova a melhoria da qualidade da prática clínica;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reflete e avalia os resultados das atividades;
<p>B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prestar cuidados ao utente/família de forma holística, demonstrando respeito pela sua especificidade individual, cultural e social; - Estabelecer uma relação de ajuda com o utente/família, baseada na confiança, conforto, empatia, privacidade e confidencialidade; - Eliminar ou minimizar o desconforto físico, psicológico, social e espiritual do doente crítico; - Implementar de medidas para a prevenção de acidentes em serviço, criando um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança; - Refletir criticamente e partilhar com o enfermeiro orientador. 	<ul style="list-style-type: none"> - Presta cuidados respeitando a individualidade do utente/família; - Integra princípios de relação de ajuda com o utente/família; - Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual que gera segurança e proteção dos utentes/família; - Participa na gestão do risco da prática clínica; - Minimiza o erro durante a prática clínica; - Reflete criticamente sobre as atividades desenvolvidas e seus resultados.

Tabela 2 – Competências comuns do EE a alcançar no domínio B.

- (C) Gestão dos cuidados

Unidade de competência	Atividades a desenvolver	Indicadores de avaliação
C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> - Procurar conhecer os recursos disponíveis, as normas e protocolos existentes no serviço; - Colaborar com a equipa no processo de enfermagem implementado à PSC/família, bem como na tomada de decisão; - Desenvolver um relacionamento interpessoal favorável com a equipa multidisciplinar do serviço; - Aumentar os conhecimentos na área da PSC, nomeadamente no que diz respeito do doente cardíaco crítico, baseando a prática clínica de acordo com a evidência científica mais recente e recomendada; - Refletir criticamente e partilhar com a enfermeira orientadora. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tem conhecimento dos diferentes recursos, normas e protocolos implementados no serviço; - Otimiza o processo de cuidados na sua implementação e na tomada de decisão; - Planeia e presta cuidados à PSC/família, articulando-se com a equipa multidisciplinar; - Promove uma relação de confiança e segurança no seio da equipa multidisciplinar; - Incentiva o seu autoconhecimento, contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados; - Reflete e avalia as atividades desenvolvidas.
C2- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar uma pesquisa bibliográfica sobre liderança e gestão de cuidados e recursos; - Identificar modelos de gestão de recursos humanos e materiais na UCIC; - Observar e, se possível, colaborar com a enfermeira orientadora na gestão de recursos humanos e materiais 	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstra conhecimentos e adquire competências no âmbito da liderança e gestão de recursos; - Procura meios facilitadores de aprendizagem relacionados com a gestão e liderança; - Reconhece diferentes métodos de gestão;

	<p>necessários ao funcionamento da UCIC, uma vez que é frequentemente responsável de turno e exerce funções de gestão em casos de ausência da Enf.^a Responsável.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar as principais dificuldades inerentes ao processo de liderança e gestão de recursos humanos e materiais; - Rentabilizar os recursos de forma eficiente para promover a qualidade dos cuidados; - Refletir criticamente e partilhar com a enfermeira orientadora. 	<ul style="list-style-type: none"> - Colabora no processo gestão de recursos, de cuidados e nos processos de liderança, sempre que possível; - Reconhece obstáculos que surgem no âmbito do processo de liderança e formas de os ultrapassar/minimizar; - Rentabiliza os recursos disponíveis, utilizando-os eficientemente; - Reflete e avalia as atividades desenvolvidas.
--	---	--

Tabela 3 – Competências comuns do EE a alcançar no C.

- (D) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Unidade de competência	Atividades a desenvolver	Indicadores de avaliação
D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.	<ul style="list-style-type: none"> - Refletir sobre o autoconhecimento enquanto pessoa e enfermeira; - Demonstrar de capacidade de comunicação com a equipa multidisciplinar, utente/família; - Demonstrar de capacidade de ação sob pressão e gestão eficaz de sentimentos e emoções; - Desenvolver a prática clínica de forma assertiva e competente; 	<ul style="list-style-type: none"> - Possui consciência de si próprio enquanto pessoa e enfermeira, reconhecendo as suas qualidades e os seus limites; - Possui capacidade de comunicação interpessoal; - Adapta-se individualmente e organizacionalmente; - Age eficaz e eficientemente sob pressão, gerindo sentimentos e emoções; - Presta cuidados de forma assertiva e competente;

	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecer situações de conflito e possível resolução; - Refletir individualmente e partilha com a enfermeira orientadora. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conhece estratégias de gestão de conflitos, aplicando-as quando necessário; - Reflete e avalia as atividades desenvolvidas.
D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.	<ul style="list-style-type: none"> - Aprofundar conhecimentos da PSC em contexto cardíaco, pesquisando patologias, procedimentos, técnicas e intervenções adequadas; - Prestar cuidados baseados em evidência científica atual e recomendada; - Incentivar a prática baseada na evidência entre pares, fazendo referência a <i>guidelines</i> e documentos científicos atuais; - Agir como veículo de conhecimento e formação no âmbito de necessidades identificadas no serviço; - Refletir criticamente e partilhar com a enfermeira orientadora. 	<ul style="list-style-type: none"> - Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho; - Suporta a prática clínica em evidência científica; - Identifica necessidades de formação contínua no serviço; - Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho; - Reflete e avalia as atividades desenvolvidas.

Tabela 4 – Competências comuns do EE a alcançar no domínio D.

2.1.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica

Segundo a OE (2019, p. 4745), competências específicas são aquelas que “decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas”.

A vida da PSC encontra-se, múltiplas vezes, ameaçada pela falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais, pelo que é fundamental que o enfermeiro seja capaz de identificar, vigiar, monitorizar e gerir a sua sobrevivência, lidando eficazmente com situações críticas ou imprevistas, procurando igualmente o seu bem-estar e conforto (Cunha, 2019; Santo, 2020).

A Enfermagem Médico-Cirúrgica pode dividir-se em distintas vertentes, nas quais se inclui a pessoa em situação crítica. Nesta vertente, segundo a OE (2018, 2p. 19359), o EE deve desenvolver as seguintes competências: “a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.”

Assim sendo, de seguida, apresenta-se a descrição das competências que pretendo atingir apresentando uma breve justificação da sua pertinência.

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

Atividades a desenvolver	Indicadores de avaliação
<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver competências e consolidar conhecimentos teórico-práticos na área de cuidados diferenciados ao doente crítico, preferencialmente com patologia cardíaca, nomeadamente em doentes com Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) agudizada, Estenose Aórtica severa e Arritmias instáveis. - Adquirir e aperfeiçoar competências e conhecimentos teórico-práticos na prestação de cuidados ao doente crítico sob Ventilação Não Invasiva (VNI), Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), sempre que possível; 	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstra conhecimentos na área da PSC no que diz respeito a patologias, sinais e sintomas, nomeadamente em doentes cardíacos com EAM, ICC agudizada, Estenose Aórtica severa e Arritmias instáveis; - Procura formas de enriquecer a sua bagagem de conhecimentos para sustentar a sua prática na evidência; - Demonstra conhecimentos em procedimentos terapêuticos na PSC nas mais diversas áreas e especificamente em doentes com VNI, VMI; - Presta cuidados competentes, eficazes e eficientes à PSC;

<ul style="list-style-type: none"> - Prestar cuidados à pessoa em situação crítica, antecipando instabilidade e risco de falência orgânica; - Articular a prestação de cuidados em situação crítica com toda a equipa multidisciplinar; - Garantir a utilização de protocolos terapêuticos complexos; - Gerir eficazmente o controlo da dor aguda vivenciada pelo utente no processo complexo de doença crítica, procurando bem-estar; - Desenvolver e aperfeiçoar competências no âmbito de dispositivos invasivos em contexto de PSC, especificamente na monitorização hemodinâmica invasiva; - Desenvolver competências para estabelecer e gerir uma relação terapêutica e comunicação eficaz com a díade doente/família, ajudando-os a vivenciar processos complexos de doença crítica; - Auxiliar a pessoa/família a vivenciar perturbações emocionais decorrentes de situações críticas; - Refletir criticamente e partilhar com a enfermeira orientadora. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifica e antecipa focos de instabilidade, bem como o risco de falência orgânica da PSC; - Atua na prestação de cuidados em situação crítica, articulando-se eficazmente com a equipa multidisciplinar; - Implementa protocolos terapêuticos complexos corretamente; - Gere o controlo da dor aguda experienciada pelo utente em situação crítica, atuando no seu alívio e estimulando o seu conforto e bem-estar; - Demonstra conhecimentos e competências acerca de dispositivos invasivos, nomeadamente no que concerne à monitorização hemodinâmica invasiva; - Estabelece uma comunicação eficaz com o utente/família; - Desenvolve eficazmente uma relação terapêutica com o doente/família; - Assiste o utente/família a lidar com perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica; - Reflete e avalia as atividades desenvolvidas.
--	--

Tabela 5 – Objetivos a alcançar para atingir a competência específica K1 do EE em EMC-PSC

K2 - Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

Atividades a desenvolver	Indicadores de avaliação
<ul style="list-style-type: none"> - Realizar uma pesquisa bibliográfica sobre situações de emergência, exceção e catástrofe, integrando contextos multi-vítimas; - Conhecer o plano interno de emergência do [REDACTED], em caso de catástrofe e/ou emergência; - Conhecer o plano de evacuação da UCIC em caso de emergência; - Refletir criticamente e partilhar com a enfermeira orientadora. 	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstra conhecimentos sobre situações de exceção, catástrofe e emergência; - Procura conhecer e analisar o plano interno de emergência do [REDACTED]; - Procura conhecer e analisar o plano de evacuação da UCIC em caso de emergência; - Reflete e avalia as atividades desenvolvidas.

Tabela 6 – Objetivos a alcançar para atingir a competência específica K2 do EE em EMC-PSC

K3 - Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Atividades a desenvolver	Indicadores de avaliação
<ul style="list-style-type: none"> - Aprofundar e consolidar conhecimentos teórico-práticos sobre o Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA); - Procurar conhecer e analisar normas e protocolos existentes na UCIC no âmbito do PPCIRA; 	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstra conhecimentos na área do PPCIRA; - Conhece as normas/protocolos existentes no SU no âmbito da prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde, atuando nesse sentido;

<ul style="list-style-type: none"> - Executar procedimentos, implementando estratégias para prevenção e controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS), tendo em conta as normas da Direção-Geral da Saúde (DGS) e os <i>bundles</i>. - Realizar um póster sobre os “A prevenção e Controlo da Infeção associada ao CVC”; - Refletir criticamente e partilhar com a enfermeira orientadora. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aplica as normas e orientações da DGS no que diz respeito à prevenção e controlo de IACS durante a sua prática clínica. - Reflete e avalia as atividades desenvolvidas.
--	--

Tabela 7 – Objetivos a alcançar para atingir a competência específica K3 do EE em EMC-PSC

2.1.3. Competências de Mestre

Os graus académicos de Licenciado, Mestre e Doutor são conferidos pelas instituições de ensino superior. Contudo, para que estes sejam possíveis de alcançar, os formandos devem ser detentores de uma panóplia de competências (Diário da República, 2018).

Segundo o Decreto-Lei nº 65/2018, as competências de Mestre são:

- “a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão numa área de formação a um nível que:
 - i) Sustentando-se nos conhecimentos de nível secundário, os desenvolva e aprofunde;
 - ii) Se apoie em materiais de ensino de nível avançado e lhes corresponda;
 - iii) Em alguns dos domínios dessa área, se situe ao nível dos conhecimentos de ponta da mesma;
- b) Saber aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão adquiridos, de forma a evidenciarem uma abordagem profissional ao trabalho desenvolvido na sua área vocacional;
- c) Capacidade de resolução de problemas no âmbito da sua área de formação e de construção e fundamentação da sua própria argumentação;
- d) Capacidade de recolher, selecionar e interpretar a informação relevante, particularmente na sua área de formação, que os habilite a fundamentarem as soluções que preconizam e os juízos que emitem, incluindo na análise os aspetos sociais, científicos e éticos relevantes;
- e) Competências que lhes permitam comunicar informação, ideias, problemas e soluções, tanto a públicos constituídos por especialistas como por não especialistas;
- f) Competências de aprendizagem que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida com elevado grau de autonomia.” (Diário da República, 2018, p. 4162)

Visando alcançar as competências de mestre, torna-se preponderante realizar a transição dos conhecimentos adquiridos na Licenciatura em Enfermagem para um nível superior, revendo-os e aprimorando-os. É igualmente essencial direcionar conhecimentos e competências para uma área específica e vocacional, a qual, neste caso, reflete a Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da Pessoa em Situação Crítica. Enquanto futura Mestre e Enfermeira Especialista nesta vertente, revejo a minha prática clínica baseada na evidência científica atual e recomendada, a qual sustenta uma prática de cuidados eficazes, eficientes, adequados e seguros quer para os utentes, como para mim enquanto profissional de saúde.

Assim sendo, torna-se importante evocar as competências de Mestre em Enfermagem que, segundo a Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde (AESES), são:

- a) Desenvolver conhecimentos e competências para a intervenção especializada num domínio de enfermagem, evidenciados em níveis elevado de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde;
- b) Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e referenciais éticos e deontológicos;
- c) Capacitar para a governação clínica, a liderança de equipas e projetos, nos diferentes contextos das práticas de cuidados;
- d) Contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada” (AESES, 2017, p. 5)

Tendo por base as competências de Mestre e Mestre em Enfermagem, considero pertinente traçar objetivos e delinear atividades que envolvam formas de pensar que me permitam consolidar novos saberes baseados em componentes sociais, científicas, éticas e deontológicas, os quais me permitirão ser e atuar como um veículo de aprendizagem contínua. Pretendo igualmente aperfeiçoar a minha capacidade de análise, procurando soluções para lacunas que identificarei, integrando, por isso, projetos de investigação que visem a melhoria da qualidade dos cuidados.

Posto isto, irei apresentar as competências de mestre a alcançar em forma de tabela, bem como as atividades a desenvolver e respetivos indicadores de avaliação.

Competências	Atividades a desenvolver	Indicadores de avaliação
1 – Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada.	<ul style="list-style-type: none"> - Prestar cuidados no âmbito da área especializada de enfermagem médico-cirúrgica, na vertente da pessoa em situação crítica, demonstrando competências desde a conceção à avaliação dos cuidados; - Desenvolver competências de gestão e supervisão dos cuidados no âmbito da área especializada de enfermagem médico-cirúrgica, na vertente da pessoa em situação crítica. - Refletir criticamente, partilhar com a enfermeira orientadora e com a orientadora pedagógica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Exerce uma prática clínica na área de enfermagem especializada em EMC-PSC, demonstrando competências desde a conceção à prestação de cuidados; - Demonstra competências de gestão e supervisão dos cuidados na área em que se especializa; - Reflete e avalia as atividades desenvolvidas, procurando estratégias para colmatar eventuais necessidades.
2 - Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar pesquisa contínua sobre a prática baseada na evidência; - Promover a prática baseada na evidência de acordo com as <i>guidelines</i> mais atuais e recomendadas; - Contribuir para o desenvolvimento de investigação, elaborando um artigo científico relacionado com a sua intervenção major; - Refletir criticamente, partilhar com a enfermeira orientadora e com a orientadora pedagógica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstra basear a sua prática clínica de acordo com a evidência mais atual e recomendada; - Promove a prática clínica assente na evidência mais atual e recomendada; - Elabora um artigo científico relacionado com a sua intervenção major; - Reflete e avalia as atividades desenvolvidas, procurando estratégias para colmatar eventuais necessidades.

<p>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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver e aplicar capacidades de tomada de decisão perante situações complexas, mobilizando conhecimentos sobre implicações, atendendo às dimensões sociais, éticas e profissionais; - Desenvolver e aplicar capacidades de gestão de situações complexas, mobilizando conhecimentos sobre implicações, atendendo às dimensões sociais, éticas e profissionais; - Refletir criticamente, partilhar com a enfermeira orientadora e com a orientadora pedagógica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstra capacidades para a tomada de decisão em situações complexas, aplicando conhecimentos sobre implicações, respeitando dimensões sociais, éticas e profissionais; - Demonstra capacidades de gestão de situações complexas, aplicando conhecimentos sobre implicações, atendendo às dimensões sociais, éticas e profissionais; - Reflete e avalia as atividades desenvolvidas, procurando estratégias para colmatar eventuais necessidades.
<p>4 - Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver capacidades de autoconhecimento e autoaprendizagem; - Desenvolver aptidões e competências de forma autónoma; - Refletir criticamente, partilhar com a enfermeira orientadora e com a orientadora pedagógica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstra capacidades de autoconhecimento, autoaprendizagem e autorreflexão; - Demonstra autonomia para desenvolver aptidões e conhecimentos ao longo da vida; - Reflete e avalia as atividades desenvolvidas, procurando estratégias para colmatar eventuais necessidades.
<p>5 - Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersetoriais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Participar em projetos de melhoria no contexto clínico, considerando sempre a multidisciplinariedade e intersetorialidade; - Refletir criticamente, partilhar com a enfermeira orientadora e com a orientadora pedagógica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstra proatividade na participação e no desenvolvimento de projetos de melhoria contínua no contexto clínico onde se insere; - Reflete e avalia as atividades desenvolvidas, procurando estratégias para colmatar eventuais necessidades.

<p>6 - Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar observação e avaliação diagnóstica de lacunas a colmatar no seio da equipa de enfermagem; - Planear e executar atividades de melhoria da prática clínica diretamente sobre áreas que carecem de intervenção no contexto clínico de acordo com evidência científica atual; - Avaliar as intervenções implementadas e refletir sobre os resultados esperados; - Realizar um projeto de intervenção major, aplicando a metodologia de projeto; - Apresentar os resultados do projeto de intervenção major através do Relatório Final em março de 2022; - Refletir criticamente, partilhar com a enfermeira orientadora e com a orientadora pedagógica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Observa e realiza a avaliação diagnóstica de lacunas a colmatar no seio da equipa de enfermagem; - Planeia e executa atividades de melhoria da prática clínica diretamente sobre áreas que carecem de intervenção, sustentando-se na evidência científica atual e recomendada; - Avalia eficazmente as intervenções implementadas e reflete sobre os resultados esperados; - Concebe um projeto de intervenção major, aplicando a metodologia de projeto; - Apresenta os resultados do projeto de intervenção major através do Relatório Final em março de 2022; - Reflete e avalia as atividades desenvolvidas, procurando estratégias para colmatar eventuais necessidades.
<p>7 - Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver as competências comuns e as competências específicas de EE em EMC-PSC na sua totalidade; - Refletir criticamente, partilhar com a enfermeira orientadora e com a orientadora pedagógica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstra aplicar a totalidade das competências comuns e as competências específicas de EE em EMC-PSC na sua totalidade; - Reflete e avalia as atividades desenvolvidas, procurando estratégias para colmatar eventuais necessidades.

Tabela 8 – Atividades a desenvolver para alcançar as competências de Mestre

Referências

AESES. (2017). Regulamento do Funcionamento do Mestrado em Enfermagem. Obtido de <https://gdoc.uevora.pt/480490>

Cunha, J. M. (2019). Cuidados de enfermagem especializados no controlo de temperatura do doente vítima de paragem cardiorrespiratória. Obtido em 16 de janeiro de 2021, de RCAAP - Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28664/3/Joana%20Cunha%20-%20Cuidados%20de%20enfermagem%20especializados%20no%20controlo%20de%20temperatura%20do%20doente%20v%C3%ADtima%20de%20paragem%20cardiorrespiratoria.pdf>

Diário da República. (2018). Decreto-Lei n.º 65/2018. Obtido em 25 de setembro de 2021, de DRE: <https://data.dre.pt/application/conteudo/116068879>

(Fonte institucional) O Hospital. Obtido em 23 de maio de 2021, de [redacted]

Website institucional

(Fonte institucional) Cardiologia. Obtido em 20 de setembro de 2021, de [redacted]

Website institucional

OE. (2018). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Obtido em 24 de maio de 2021, de DRE: <https://dre.pt/home/-/dre/115698617/details/maximized>

OE. (2019). Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Obtido em 24 de maio de 2021, de DRE: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>

Santo, M. S. (abril de 2020). Desafios na Aquisição de Competências em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Pessoa em Situação Crítica. Obtido em 13 de janeiro de 2020, de IC-Online - Politécnico de Leiria: <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/5167/1/Mariana%20Silveirinha%20Santo%20-%20Relat%C3%B3rio%20de%20Estagio.pdf>

Silva, D. M., & Silva, E. M. (outubro de 2004). O ensino clínico na formação em enfermagem. Obtido em 21 de maio de 2021, de Politécnico de Viseu - Repositório Científico: <http://revistas.rcaap.pt/millennium/article/view/8437/6023>

Apêndice 7 – Formação em Serviço no SUP

7.1 Diapositivos da sessão de Formação em Serviço

Mestrado em Enfermagem em Associação

Universidade de Évora / Escola Superior de Enfermagem São João de Deus

Mestrado em Enfermagem (Curso em Associação)

Ano Letivo 2020/2021

1º Ano – 2º Semestre

Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Debriefing Pós-Reanimação Cardiopulmonar em Sala de Emergência

Serviço de Urgência Geral

Nome da instituição

Formadora: Joana Pisco, m47245

Orientação Clínica: Enf.º [Redacted]

Orientação Pedagógica: Prof.ª M.ª Céu Marques

Formadora: Joana Barreiros, m47303

Orientação Clínica: Enf.º [Redacted]

Orientação Pedagógica: Prof.ª Antónia Costa

23 de junho de 2021



Objetivos da Formação:

- Capacitar e estimular a equipa multidisciplinar a implementar metodologias de *Debriefing* após situações de RCP e/ou eventos críticos em Sala de Emergência.
- Enunciar o conceito de *debriefing* e as suas metodologias de implementação;
- Enunciar as suas vantagens e barreiras;
- Explicar a sua implementação;
- Apresentar um caso simulado em Sala de Emergência e realizar uma simulação de *debriefing*;
- Propor o desenvolvimento e operacionalização de um protocolo sobre a implementação do *debriefing* no Serviço;
- Avaliar os conhecimentos adquiridos na sessão de formação em serviço.

Sumário

- O que é o *Debriefing*?
- Que tipos de *Debriefing* existem?
- Quais as vantagens do *Debriefing*?
- Quais as barreiras para a sua implementação?
- Como implementar o *Debriefing*?
 - Orientações quanto à execução
- Prática Simulada
- Conclusões
- Esclarecimento de Dúvidas
- Referências





O que é o Debriefing?

- **Origem:** 2ª Guerra Mundial - análise e reflexão dos acontecimentos para criar estratégias de melhoria em eventos futuros.
- Atualmente, expande-se para diversas áreas, nomeadamente a área da saúde, em contextos de urgência/emergência e abordagem ao doente crítico, contribuindo para a melhoria dos cuidados de saúde prestados e o aumento da segurança do doente.

(Gregório & Lobão, 2017; Bagorriha & Pereira, 2020)

O que é o Debriefing?

- É uma **reflexão estruturada** que ocorre após uma experiência crítica vivenciada que permite **interiorizar o que aconteceu, discutir sobre o que aconteceu e melhorar comportamentos e desempenhos no futuro.**
- Deve ser realizada por todos os elementos da equipa envolvidos, sem exceção.
- Deve ser conduzida pelo elemento com maior diferenciação de competências técnicas e não técnicas, nomeadamente o **team leader.**

(Gregório & Lobão, 2017; Bagorriha & Pereira, 2020)

Tipos de *Debriefing*



Hot Debriefing (Quente)	Warm Debriefing (Morno)	Cold Debriefing (Frio)
<ul style="list-style-type: none">• Imediatamente após o evento;• Foca-se nas ações e reações dos profissionais;• Não são usados materiais de registos nem gravações.	<ul style="list-style-type: none">• Algumas horas após a situação.	<ul style="list-style-type: none">• Dias ou semanas após a urgência/emergência;• Podem utilizar-se gravações de vídeo da <i>performance</i> da equipa envolvida, podendo ser estendido à restante equipa multidisciplinar;• Pode ser considerada a utilização de salas de congressos.

(Kessler et. al,2015)

Quais as vantagens do *Debriefing*?



Individuais



Coletivas

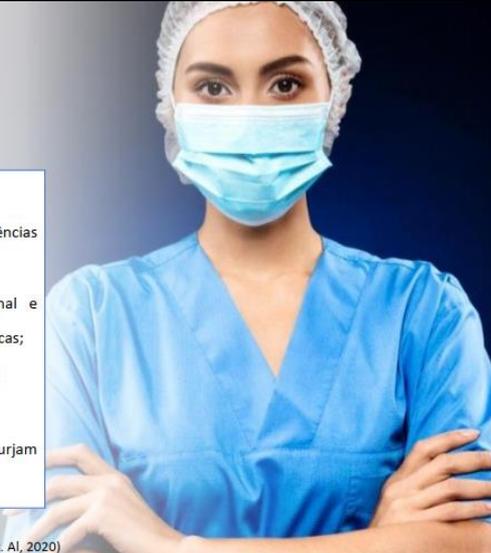


Para o doente



Vantagens individuais

- Facilita a aprendizagem pessoal;
- Melhora o desempenho individual e a aquisição de competências através da identificação de aspetos a melhorar;
- Facilita a melhoria da segurança e do bem-estar emocional e psicológico após situações *stressantes* e potencialmente traumáticas;
- Promove o equilíbrio emocional em situações de *stress* no futuro;
- Estimula a resiliência e promove mecanismos de *coping*;
- Capacita o profissional de saúde para lidar com situações que surjam no futuro.



(Appleton et. al, 2018; Mayer & Hamilton, 2018; Spencer et. al, 2019; Buhlmann et. Al, 2020)



- Impacto positivo na equipa multidisciplinar;
- Promoção da comunicação e do trabalho em equipa;
- Melhoria da *performance* da equipa;
- Aumento da coesão da equipa através da reflexão em grupo;
- Apoio entre pares;
- Desenvolvimento de relações entre a equipa multidisciplinar que permitam superar reações ao *stress*;
- Melhora as competências de liderança e gestão.

Vantagens coletivas

(Mayer & Hamilton, 2018; Spencer et. al, 2019; Buhlmann et. Al, 2020; Conoscenti et. al, 2020)

Vantagens para o doente

- Uniformização de procedimentos através da implementação do *debriefing*;
- Melhoria dos resultados dos cuidados de saúde prestados;
- Melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados à pessoa em situação crítica e/ou com falência orgânica/multiorgânica;
- Segurança da pessoa em situação crítica.

(Gregório & Lobão, 2017; Spencer et. al, 2019; Bagorriha & Pereira, 2020)

Quais as barreiras para implementar o *Debriefing*?

- Inexistência de um espaço apropriado para realizar as sessões;
- Escassez de pessoas treinadas para conduzir o *debriefing*;
- Falta de tempo disponível para realizar as sessões;
- Falta de interesse de alguns profissionais de saúde;
- Receio da crítica;
- Descrença dos benefícios associados.



(Bagorriha & Pereira, 2020)



Como implementar o Debriefing?

Para que a implementação do *debriefing* seja eficazmente realizada, deve responder a várias questões:

- Porquê?
- O quê?
- Quem?
- Como?
- Quando?
- Onde?

(Kessler et. al,2015)

Porquê?	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar o que correu bem durante o evento e os aspetos a melhorar no desempenho da equipa; • Não dar espaço para lamentações.
O quê?	<p>As situações devem ter em conta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Necessidades/prioridades do serviço e da equipa; • Desempenho técnico e relações interpessoais.
Quem?	<ul style="list-style-type: none"> • Todos os elementos da equipa que participaram na situação crítica devem ser envolvidos, sem exceção; • Pode ser considerada a presença de pessoas externas ao evento, promovendo a troca de experiências; • A liderança é fundamental.
Como?	<ul style="list-style-type: none"> • Ambiente tranquilo com uma atmosfera amigável e aberta a questões; • Não realizar críticas destrutivas, mas sim construtivas; • Analisar a situação como um todo; • Recorrer a um diálogo honesto e livre de conflitos.
Quando?	<ul style="list-style-type: none"> • Selecionar o tipo de <i>debriefing</i> a implementar: <i>Hot</i>, <i>Warm</i> ou <i>Cold debriefing</i>; • A periodicidade e duração é flexível.
Onde?	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar usar a Sala de Emergência, pois esta deve manter-se livre e operacional; • Optar por uma sala próxima para a realização do <i>debriefing</i>, caso este seja imediato.

(Kessler et. al,2015)



Orientações quanto à execução

O debriefing correlaciona-se com a **Teoria de Aprendizagem Experiencial de Kolb**



A aprendizagem resulta da reflexão sobre a prática e consequente transformação da prática.

O ciclo de aprendizagem desta teoria possui as seguintes fases:

1. **Experiência Concreta** – reflecte o que se vive na prática;
2. **Observação reflexiva** – reflexão sobre a situação vivida;
3. **Conceitualização Abstrata** – a partir da reflexão, identificam-se novos conceitos/comportamentos que serão interiorizados, gerando uma aprendizagem. Esta aprendizagem vai ser aplicada no futuro, melhorando desempenhos;
4. **Experimentação ativa** – após a interiorização dos novos conceitos/aprendizagens, estes são colocados em prática.



(AFS,2014)

Baseando o *debriefing* nesta teoria, ele pode ser orientado em fases distintas.

Fase I - Reação

Fase II – Reflexão e Entendimento

Fase III - Partilha e Descompressão

O *team leader* deve conduzir a sessão em todas as fases, colocando questões projectadas para gerar reflexão e discussão na equipa com o objectivo de gerar conhecimento e aprendizagem através da experiência.

(AFS,2014)



Fase I - Reação

- Segue-se após o evento;
- A equipa multidisciplinar envolvida deve ser reunida para discutir a situação;
- O *team leader* elucida as regras de funcionamento (obrigatoriedade de respeito mútuo, espaço livre de conflitos, ofensas e críticas destrutivas)
- O *team leader* explica os objetivos da sessão, os quais vão de encontro à situação vivenciada.



Exemplos de questões condutoras:

- Na vossa opinião, o que é que aconteceu em específico?
- Houve algum imprevisto?
- Como é que se sentiram face ao sucedido?

Fase II – Reflexão e Entendimento

- O *team leader* conduz as questões para o desempenho da equipa durante a situação, fomentando a reflexão conjunta e, posteriormente, a aprendizagem;
- Reflexão sobre o que correu bem e quais os aspetos a melhorar;
- Há espaço para que todos se expressem, incluindo os mais inexperientes;
- Deve existir um reforço positivo
- Documentar conclusões (aspetos positivos e a melhorar em situações futuras).

Exemplos de questões condutoras:

- Na vossa opinião, o que é que correu bem?
- O que teríamos feito de forma diferente e qual seria o resultado expectável?
- O que podemos melhorar?
- Como podemos melhorar?
- O que é que aprendemos com esta situação?
- O que é que devemos manter em eventos futuros?
- O que é que devemos reforçar em situações futuras?

Fase III - Partilha e Descompressão

- É importante dar espaço a todos os elementos da equipa para expressarem sentimentos e emoções que os possam perturbar, fomentando o apoio entre pares, a melhoria de mecanismos de *coping* e o espírito de equipa.
- Caso se verifique essa necessidade, aconselhar e referenciar acompanhamento especializado.

Exemplos de questões condutoras:

- O que é que sentem neste momento?
- Alguém quer partilhar alguma particularidade da experiência vivida que para vós foi significativa?



Após esta última fase, deve ser realizada a formalização da aprendizagem, em género de síntese, e finalização da sessão.

É importante não esquecer o registo da sessão de *debriefing*, o qual permite documentar as conclusões alcançadas.

Exemplo de Folha de Registo de Sessão de Debriefing

Sessão de <i>Debriefing</i> Pós-Evento Crítico Complexo	
Situação (descrição):	Data: ___/___/___ Hora: ___ h ___ Local: _____
Elementos da Equipa Multidisciplinar: _____ _____	
Aspetos positivos:	Aspetos a melhorar:
Outras Observações:	

Orientações quanto à execução



Exemplo de *Debriefing*: <https://www.youtube.com/watch?v=dx7Y5Seloq8>

Prática Simulada



Fase I

- Regras
- Objetivos
- Situação – O que aconteceu?

Fase II

- O que correu bem?
- O que poderíamos ter feito de forma diferente?
- O que podemos melhorar?
- Como podemos melhorar?
- O que aprendemos?
- O que devemos manter em situações futuras?
- O que devemos aperfeiçoar em próximos eventos?

Fase III

- Alguém quer partilhar algo de significativo?
- O que sentem relativamente ao que aconteceu?

Sessão de <i>Debriefing</i> Pós-Evento Crítico Complexo	
Situação (descrição):	Data: ___/___/___ Hora: ___ h ___ Local: _____
Elementos da Equipa Multidisciplinar: _____ _____	
Aspetos positivos:	Aspetos a melhorar:
-	-
Outras Observações:	

Considerações finais

- O *debriefing* é a reflexão sobre a ação, discussão sobre a ação e alteração/adaptação de comportamentos;
- É realizado após eventos críticos complexos, nos quais se inclui a Reanimação Cardiopulmonar;
- Assume especial relevo para as equipas multidisciplinares dos Serviços de Urgência, uma vez que dão resposta a pessoas em situação crítica no seu quotidiano, podendo desencadear situações *stressantes* potencialmente traumáticas;
- A sua implementação possui diversas vantagens não só para os profissionais de saúde, como também para a equipa multidisciplinar e para a pessoa em situação crítica, uma vez que melhora a qualidade dos cuidados de saúde prestados e a segurança do doente.
- É fundamental apostar na implementação de protocolos que orientem a operacionalização do *debriefing*, motivo pelo qual se incentiva o desenvolvimento de um protocolo de implementação de *debriefing* após RCP e/ou eventos críticos complexos vivenciados em Sala de Emergência no Serviço.

Perspetiva para o futuro...

Implementação de um protocolo de operacionalização sobre:

"Debriefing após RCP ou eventos críticos complexos/traumáticos em Sala de Emergência"





Referências

- AFS. (2014). *Debriefing: Análise da Aprendizagem Experiencial*. Obtido de AFS Intercultural Programs: <https://d22dvi4pfp03.cloudfront.net/wp-content/uploads/sites/27/2019/02/13111021/Debriefing-analisadaAprendizagemExperiencial.pdf>
- Appleton, K. P., Nelson, S., & Wedlund, S. (2018). *Distress Debriefings After Critical Incidents: A Pilot Project*. Obtido de PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29875119/>
- Bagorriha, T., & Pereira, M. (2020). *Debriefing da Equipa de Enfermagem no Serviço de Urgência como Determinante na Segurança do Doente Crítico*. Obtido de Repositório Comum: <http://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/33210>
- Buhlmann, M., Ewens, B., & Rashidi, A. (2020). *The impact of critical incidents on nurses and midwives: A systematic review*. Obtido de Wiley Online Library: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.15608>
- Conoscenti, E., Martucci, G., Piazza, M., Tuzzolino, F., Ragonese, B., Burgio, G., . . . Chiaramonte, G. (2020). *Post-crisis debriefing: A tool for improving quality in the medical emergency team system*. Obtido de PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33358133/>

Referências

- Gregório, C., & Lobão, C. (27 de novembro de 2017). *O debriefing realizado pela equipa do serviço de urgência em situação de paragem cardiorrespiratória*. Obtido de IPEleiria: https://online.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/3029/1/Disserta%20a7%20a3o_debriefing%20bc%20a1tia%20greg%20b3rio.pdf
- Kessler, D. O., Cheng, A. & Mullan, P. C. (2015). *Debriefing in the Emergency Department After Clinical Events: A Practical Guide*. *Annals of Emergency Medicine*, 65(6), 690-698
- Mayer, D., & Hamilton, M. (2018). *Critical Incidents in Health Care*. Obtido ScholarMarks at Montana State: https://scholarworks.montana.edu/xmlui/bitstream/handle/1/15635/Mayer_Medsurg_2018.pdf?sequence=1
- Spencer, S. A., Nolan, J. P., Osborn, M., & Georgiou, A. (2019). *The presence of psychological trauma symptoms in resuscitation providers and an exploration of debriefing practices*. Obtido de B-On: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300957219304952?via%3Dihub>



7.2 Sugestão de protocolo desenvolvida através da Formação em Serviço

Logótipo da instituição	NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA	Nº
<p>Debriefing após RCP ou eventos críticos complexos/traumáticos em Sala de Emergência</p> <p>Serviço de Urgência Geral</p>		<p>ELABORADO POR:</p> <p><u>Alunas da Especialidade de EMC- PSC:</u> Joana Barreiros Joana Pisco</p> <p><u>Enf.ºs orientadores:</u></p> <p><u>Colaboração Médica:</u></p> <p>APROVADO POR: Diretor de Serviço</p> <p>Enfermeiro Chefe:</p>
<p>Palavras-Chave: Profissionais de saúde; Enfermeiros; <i>Debriefing</i>; Reanimação Cardiopulmonar</p>		<p>A rever em:</p>

Siglas e Abreviaturas

Abreviatura do nome da instituição

PCR – Paragem Cardiorrespiratória
RCP – Reanimação Cardiopulmonar
SE – Sala de Emergência
SU – Serviço de Urgência

I. Definição

O *debriefing* define-se com uma reflexão estruturada que ocorre após um evento crítico^(2,3). Segundo Kessler et al., constitui-se como a reflexão sobre a ação, discussão sobre a ação e alteração/adequação de comportamentos à prática clínica, contribuindo para a melhoria dos cuidados de saúde prestados e aumento da segurança do doente, nomeadamente o doente crítico.

Existe evidência de que possui inúmeras vantagens, podendo ser um instrumento fundamental para a aprendizagem individual e coletiva da equipa multidisciplinar e para a consolidação de conhecimentos e competências, estimulando consequentemente a formação contínua dos profissionais. Contribui igualmente para a melhoria da comunicação e do trabalho em equipa, bem como permite gerir e controlar emoções negativas experienciadas, atuando na resolução do *stress* associado a eventos potencialmente traumáticos, estimulando a resiliência, a adoção de mecanismos de *coping*

Logótipo da instituição	NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA	Nº
<p>Debriefing após RCP ou eventos críticos complexos/traumáticos em Sala de Emergência</p> <p>Serviço de Urgência Geral</p>		<p>ELABORADO POR:</p> <p><u>Alunas da Especialidade de EMC- PSC:</u> Joana Barreiros Joana Pisco <u>Enf.ºs orientadores:</u></p> <p><u>Colaboração Médica:</u></p> <p>APROVADO POR: Diretor de Serviço Enfermeiro Chefe:</p>
<p>Palavras-Chave: Profissionais de saúde; Enfermeiros; <i>Debriefing</i>; Reanimação Cardiopulmonar</p>		<p>A rever em:</p>

e o apoio entre pares. Além disso, contribui para a melhoria do desempenho das equipas em eventos críticos futuros pela identificação, minimização e correção de erros, estimulando a aquisição de competências técnicas e não técnicas para agir e lidar eficazmente com essas situações ^(2,3).

Assim, compreende-se que assume especial relevo para as equipas multidisciplinares dos Serviços de Urgência, uma vez que dão resposta a pessoas em situação crítica no seu quotidiano. Além disso, contactam frequentemente com situações de crise e emergência complexa, nas quais se inclui a Paragem Cardiorrespiratória e/ou outros eventos potencialmente *stressantes*. Além de exigirem a mobilização de cuidados complexos e diferenciados, todos estes eventos possuem impacto direto nas equipas a nível individual e coletivo, profissional e pessoal, refletindo-se nos cuidados prestados.

Segundo Perkins et al. (2011, citado por Gregório, & Lobão, 2017), a implementação do *Debriefing* em situações de Reanimação Cardiopulmonar estimula a adesão da equipa a algoritmos internacionais, aumentando a qualidade de *performances*.

Assim, pelos inúmeros benefícios que apresenta, pode ser encarado como um indicador da qualidade dos cuidados de saúde prestados, motivo pelo qual se considera pertinente a criação de um protocolo que contemple a implementação de sessões de *Debriefing* após situações de PCR com RCP e/ou outros eventos críticos complexos em contexto de Sala de Emergência no SU do [REDACTED]

Logótipo da instituição	NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA	Nº
<p>Debriefing após RCP ou eventos críticos complexos/traumáticos em Sala de Emergência</p> <p>Serviço de Urgência Geral</p>		<p>ELABORADO POR:</p> <p style="text-align: center;"><u>Alunas da Especialidade de EMC:</u> PSC: Joana Barreiros Joana Pisco</p> <p style="text-align: center;"><u>Enf.ºs orientadores:</u></p> <p><u>Colaboração Médica:</u></p>
		<p>APROVADO POR:</p> <p style="text-align: center;">Diretor de Serviço</p> <p style="text-align: center;">Enfermeiro Chefe:</p>
<p>Palavras-Chave: Profissionais de saúde; Enfermeiros; <i>Debriefing</i>; Reanimação Cardiopulmonar</p>		<p>A rever em:</p>

II. Objetivos

- Capacitar e estimular a equipa multidisciplinar a implementar sessões formais de *debriefing* após RCP e/ou eventos críticos complexos vivenciados em Sala de Emergência;
- Incentivar a reflexão construtiva da equipa multidisciplinar, estimulando a sua aprendizagem individual e coletiva em circunstâncias de RCP e/ou eventos críticos complexos em contexto de Sala de Emergência;
- Melhorar a prática clínica e aumentar a segurança do doente em situações de RCP e/ou eventos críticos complexos em contexto de Sala de Emergência, através da minimização de erros, alteração de comportamentos e melhoria de desempenhos;
- Minimizar os impactos negativos que essas situações acarretam para os profissionais de saúde e para a pessoa em situação crítica.

III. Âmbito de aplicação

Segundo Kessler et. al (2015), para que a implementação do *debriefing* seja eficazmente realizada, deve responder às seguintes questões:

Porquê?	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar o que correu bem durante a situação; • Identificar aspetos a melhorar no desempenho da equipa;
---------	---

Logótipo da instituição	NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA	Nº
Debriefing após RCP ou eventos críticos complexos/traumáticos em Sala de Emergência Serviço de Urgência Geral		ELABORADO POR: <u>Alunas da Especialidade de EMC-PSC:</u> Joana Barreiros Joana Pisco <u>Enf.ºs orientadores:</u> Colaboração Médica:
Palavras-Chave: Profissionais de saúde; Enfermeiros; <i>Debriefing</i> ; Reanimação Cardiopulmonar		APROVADO POR: Diretor de Serviço Enfermeiro Chefe:
		A rever em:

	<ul style="list-style-type: none"> • Não dar espaço para lamentações.
O quê?	As situações devem ter em conta: <ul style="list-style-type: none"> • Necessidades/prioridades do serviço e da equipa; • Desempenho técnico e relações interpessoais.
Quem?	<ul style="list-style-type: none"> • Todos os elementos da equipa que participaram na situação crítica devem ser encorajados a integrar a sessão de <i>debriefing</i>; • Pode ser considerada a presença de pessoas externas ao evento, promovendo a troca de experiências; • A liderança é preponderante.
Como?	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar o <i>debriefing</i> num ambiente tranquilo com uma atmosfera amigável aberta a questões; • Não realizar críticas destrutivas, mas sim construtivas; • Analisar a situação como um todo; • Recorrer a um diálogo honesto e livre de conflitos.
Quando?	<ul style="list-style-type: none"> • Selecionar o tipo de <i>debriefing</i> a implementar: <ul style="list-style-type: none"> ○ Quente (<i>hot</i>): imediatamente após a situação; ○ Mono (<i>warm</i>): algumas horas após o evento; ○ Frio (<i>cold</i>): dias ou semanas após a emergência. • A periodicidade e duração é flexível.

Logótipo da instituição	NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA	Nº
Debriefing após RCP ou eventos críticos complexos/traumáticos em Sala de Emergência Serviço de Urgência Geral		ELABORADO POR: <u>Alunas da Especialidade de EMC- PSC:</u> Joana Barreiros Joana Pisco <u>Enf.ºs orientadores:</u> <u>Colaboração Médica:</u>
		APROVADO POR: Diretor de Serviço Enfermeiro Chefe:
Palavras-Chave: Profissionais de saúde; Enfermeiros; <i>Debriefing</i> ; Reanimação Cardiopulmonar		A rever em:

Onde?	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar usar a Sala de Emergência, pois esta deve manter-se livre e operacional; • Optar por uma sala próxima para a realização do <i>debriefing</i>, caso este seja imediato.
-------	--

Circunstâncias que carecem de *Debriefing*

RCP e/ou eventos críticos complexos potencialmente *stressantes*/traumáticos.

Tipo de *Debriefing* a implementar

Hot debriefing: realizado imediatamente após o evento crítico. Deve focar-se nas ações e reações dos profissionais. Não são utilizados materiais de registo nem gravações.

Deve ser disponibilizado um momento de silêncio antes do início da sessão para possibilitar a interiorização da situação vivida para que, posteriormente, possa ser discutida pela equipa multidisciplinar, gerando aprendizagem ⁽²⁾.

A. Orientações quanto à execução

Quem executa

O *debriefing* deve ser realizado por todos os elementos da equipa que vivenciaram a situação crítica, sem exceção: Médicos, Enfermeiros, Assistentes Operacionais, Outros Técnicos de Saúde diretamente envolvidos.

Logótipo da instituição	NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA	Nº
<p>Debriefing após RCP ou eventos críticos complexos/traumáticos em Sala de Emergência Serviço de Urgência Geral</p>		<p>ELABORADO POR: <u>Alunas da Especialidade de EMC-PSC:</u> Joana Barreiros Joana Pisco <u>Enf.ºs orientadores:</u> <u>Colaboração Médica:</u></p> <p>APROVADO POR: Diretor de Serviço Enfermeiro Chefe:</p>
<p>Palavras-Chave: Profissionais de saúde; Enfermeiros; <i>Debriefing</i>; Reanimação Cardiopulmonar</p>		<p>A rever em:</p>

Deve ser conduzido pelo elemento com maior diferenciação de competências técnicas e não técnicas, nomeadamente o *team leader*.

Periodicidade e duração

Flexível

Local

Sala de Ortopedia

B. Orientações para operacionalização

O *debriefing* correlaciona-se com a Teoria de Aprendizagem Experiencial de Kolb, a qual defende que a aprendizagem resulta da reflexão sobre a prática e consequente transformação da prática. O ciclo de aprendizagem desta teoria possui as seguintes fases ⁽¹⁾:

1. Experiência Concreta – reflete o que se vivencia na prática;
2. Observação reflexiva – consiste na reflexão sobre a situação vivenciada;
3. Conceitualização Abstrata – a partir da reflexão, geram-se novos conceitos que serão interiorizados, gerando aprendizagem. Assim, identificam-se novos

Logótipo da Instituição	NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA	Nº
<p>Debriefing após RCP ou eventos críticos complexos/traumáticos em Sala de Emergência</p> <p>Serviço de Urgência Geral</p>		<p>ELABORADO POR:</p> <p><u>Alunas da Especialidade de EMC- PSC:</u> Joana Barreiros Joana Pisco <u>Enf.ºs orientadores:</u></p> <p><u>Colaboração Médica:</u></p> <p>APROVADO POR: Diretor de Serviço</p> <p>Enfermeiro Chefe:</p>
<p>Palavras-Chave: Profissionais de saúde; Enfermeiros; <i>Debriefing</i>; Reanimação Cardiopulmonar</p>		<p>A rever em:</p>

conceitos e/ou novas metodologias para aplicar em práticas clínicas futuras, no sentido de melhoria do desempenho/performance individual e/ou coletiva.

4. Experimentação ativa – realiza-se após a interiorização dos novos conceitos/aprendizagens, os quais são colocados em prática.

Baseando o *debriefing* não só nesta teoria, mas também na evidência científica, a sua execução pode ser orientada em distintas fases, as quais devem contemplar: reação/descrição, análise e sumarização/aplicação ^(4,6). No entanto, em todas elas o *team leader* deve conduzir a sessão, colocando questões projetadas para gerar reflexão e discussão da equipa com o objetivo de gerar conhecimento e aprendizagem ⁽¹⁾.

Em seguida, tendo por base evidência científica fidedigna e recomendada ^(1, 4, 6), apresentam-se orientações quanto às fases de implementação do *debriefing*, as quais foram adaptadas ao contexto do serviço.

Fase I – Reação – Nesta etapa, a qual se segue imediatamente após o evento crítico, a equipa multidisciplinar envolvida deve reunir-se para discutir sobre o sucedido. Nesta fase, ocorre a descrição da situação vivenciada ^(4, 6).

O *team leader* deve, inicialmente, explicar as regras de funcionamento da sessão, nomeadamente a obrigatoriedade de respeito entre todos, fomentando um espaço livre de ofensas e críticas destrutivas, reforçando a ideia de que cada elemento tem o seu tempo para se expressar e participar ativamente. Além disso, deve ainda explicar os objetivos do

Logótipo da instituição	NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA	Nº
<p>Debriefing após RCP ou eventos críticos complexos/traumáticos em Sala de Emergência</p> <p>Serviço de Urgência Geral</p>		<p>ELABORADO POR:</p> <p><u>Alunas da Especialidade de EMC- PSC:</u> Joana Barreiros Joana Pisco</p> <p><u>Enf.ºs orientadores:</u></p> <p><u>Colaboração Médica:</u></p> <p>APROVADO POR: Diretor de Serviço</p> <p>Enfermeiro Chefe:</p>
<p>Palavras-Chave: Profissionais de saúde; Enfermeiros; <i>Debriefing</i>; Reanimação Cardiopulmonar</p>		<p>A rever em:</p>

debriefing, os quais vão de encontro à situação experienciada, sentimentos envolvidos, aspetos positivos e a melhorar.

Exemplos de questões condutoras:

- Na vossa opinião, o que aconteceu em específico?
- Houve algum imprevisto?
- Como se sentiram face ao sucedido?

Fase II – Reflexão e Entendimento

Nesta etapa, ocorre a análise da situação vivenciada, sendo essencial que o *team leader* conduza as questões para o desempenho da equipa durante a situação fomentando a reflexão conjunta e, posteriormente, a aprendizagem. A prática clínica deve ser desconstruída em ações específicas que ocorreram durante o evento crítico para que possam ser explorados detalhadamente ^(4, 6).

Exemplos de questões condutoras:

- Na vossa opinião, o que correu bem?
- O que teríamos feito de forma diferente e qual seria o resultado?
- O que podemos melhorar?
- Como podemos melhorar?
- O que aprendemos com esta situação?

Logótipo da instituição	NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA	Nº
<p>Debriefing após RCP ou eventos críticos complexos/traumáticos em Sala de Emergência</p> <p>Serviço de Urgência Geral</p>		<p>ELABORADO POR:</p> <p><u>Alunas da Especialidade de EMC- PSC:</u> Joana Barreiros Joana Pisco</p> <p><u>Enf.ºs orientadores:</u></p> <p><u>Colaboração Médica:</u></p> <p>APROVADO POR: Diretor de Serviço</p> <p>Enfermeiro Chefe:</p>
<p>Palavras-Chave: Profissionais de saúde; Enfermeiros; <i>Debriefing</i>; Reanimação Cardiopulmonar</p>		<p>A rever em:</p>

- O que devemos manter em eventos futuros?
- O que devemos reforçar em situações futuras?

É importante que haja espaço para que todos expressem a sua opinião, incluindo os elementos mais inexperientes. Após todos se expressarem, o *team leader* deve reforçar os principais pontos a reter, recorrendo ao reforço positivo da equipa ^(4, 6).

Além disso, ainda nesta fase, é importante reter informações acerca da aplicação de novas aprendizagens no futuro, motivo pelo qual as conclusões a que se chegarem devem ser documentadas, nomeadamente os aspetos positivos e aqueles que devem ser melhorados em próximas situações críticas semelhantes (Anexo I).

Fase III – Partilha e Descompressão

Nesta fase, é importante dar espaço a todos os elementos da equipa para expressarem sentimentos e emoções que os possam perturbar, fomentando o apoio entre pares, a melhoria de mecanismos de *coping* e o espírito de equipa.

Exemplos de questões condutoras:

- O que sentem neste momento?
- Alguém quer partilhar alguma particularidade significativa?

Logótipo da instituição	NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA	Nº
<p>Debriefing após RCP ou eventos críticos complexos/traumáticos em Sala de Emergência</p> <p>Serviço de Urgência Geral</p>		<p>ELABORADO POR:</p> <p><u>Alunas da Especialidade de EMC- PSC:</u> Joana Barreiros Joana Pisco</p> <p><u>Enf.ºs orientadores:</u></p> <p><u>Colaboração Médica:</u></p> <p>APROVADO POR: Diretor de Serviço</p> <p>Enfermeiro Chefe:</p>
<p>Palavras-Chave: Profissionais de saúde; Enfermeiros; <i>Debriefing</i>; Reanimação Cardiopulmonar</p>		<p>A rever em:</p>

Após esta última fase, deve ser realizada a formalização da aprendizagem, em género de síntese, reforçando a aplicação da mesma em situações futuras, seguindo-se a finalização da sessão de *debriefing* ^(4,6).

IV. Referências Bibliográficas

(1) AFS. (2014). *Debriefing: Análise da Aprendizagem Experiencial*. Obtido em 7 de Junho de 2021, de AFS Intercultural Programs: <https://d22dvhj4pfop3.cloudfront.net/wp-content/uploads/sites/27/2019/02/13111021/Debriefing-analisedaAprendizagemExperiencial.pdf>

(2) Bagorriha, T., & Pereira, M. (2020). *Debriefing da Equipa de Enfermagem no Serviço de Urgência como Determinante na Segurança do Doente Crítico*. Obtido de Repositório Comum: <http://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/33210>

(3) Gregório, C., & Lobão, C. (27 de novembro de 2017). *O debriefing realizado pela equipa do serviço de urgência em situação de paragem cardiorrespiratória*. Obtido de IPLeiria: https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/3029/1/Disserta%20a7%20a3o_debriefing%20a1tia%20greg%20b3rio.pdf

Logótipo da instituição	NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA	Nº
<p>Debriefing após RCP ou eventos críticos complexos/traumáticos em Sala de Emergência</p> <p>Serviço de Urgência Geral</p>		<p>ELABORADO POR:</p> <p><u>Alunas da Especialidade de EMC- PSC:</u> Joana Barreiros Joana Pisco</p> <p><u>Enf.ºs orientadores:</u></p> <p><u>Colaboração Médica:</u></p> <p>APROVADO POR: Diretor de Serviço</p> <p>Enfermeiro Chefe:</p>
<p>Palavras-Chave: Profissionais de saúde; Enfermeiros; <i>Debriefing</i>; Reanimação Cardiopulmonar</p>		<p>A rever em:</p>

(4) Jaye P, T. L. (2015). 'The Diamond': a structure for simulation debrief. Obtido de PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26009951/>

(5) Kessler, D. O., Cheng, A. & Mullan, P. C. (2015). *Debriefing in the Emergency Department After Clinical Events: A Practical Guide*. *Annals of Emergency Medicine*, 65(6), 690-698

(6) Rudolph JW, S. R. (2008). Debriefing as formative assessment: closing performance gaps in medical education. Obtido de PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18945231/>

Logótipo da instituição	NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA	Nº
<p>Debriefing após RCP ou eventos críticos complexos/traumáticos em Sala de Emergência</p> <p>Serviço de Urgência Geral</p>		ELABORADO POR: <u>Alunas da Especialidade de EMC- PSC:</u> Joana Barreiros Joana Pisco <u>Enf.ºs orientadores:</u> Colaboração Médica:
Palavras-Chave: Profissionais de saúde; Enfermeiros; <i>Debriefing</i> ; Reanimação Cardiopulmonar		APROVADO POR: Diretor de Serviço Enfermeiro Chefe:
		A rever em:

Anexo I – Folha de Registo de Sessão de *Debriefing*

Sessão de <i>Debriefing</i> Pós-Evento Crítico Complexo	
Situação (descrição):	Data: ___ / ___ / ___ Hora: ___ h ___ Local: _____
Elementos da Equipa Multidisciplinar: _____ _____	
Aspetos positivos:	Aspetos a melhorar:
Outras Observações:	

Apêndice 8 – Infografia “DEBRIEFING APÓS SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA: Uma realidade em saúde a explorar”

DEBRIEFING APÓS SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA

Uma realidade em saúde a explorar

DEFINIÇÃO

- Reflexão estruturada que ocorre **após um evento crítico complexo**, como, por exemplo, uma Paragem Cardiorrespiratória.^(1,2)
- Segundo Kessler, et al., traduz-se na **reflexão sobre a ação, discussão sobre a ação** e, por fim, **alteração/adequação da ação**.⁽³⁾
- É **essencial para a profissão de enfermagem** por possibilitar a **melhoria da prática clínica** e a **segurança dos utentes**, nomeadamente dos doentes em situação crítica.^(1,2)

TIPOS DE DEBRIEFING⁽³⁾

Hot Debriefing (Quente)	Warm Debriefing (Morno)	Cold Debriefing (Frio)
<ul style="list-style-type: none">• Realiza-se imediatamente após a situação;• Centra-se nas ações e reações dos profissionais;• Sem recurso a materiais de registo nem gravações.	<ul style="list-style-type: none">• Realiza-se algumas horas após a situação.	<ul style="list-style-type: none">• Realiza-se dias ou semanas após a situação;• Possibilidade de recorrer a gravações de vídeo da performance da equipa envolvida;• Pode ser utilizado em congressos.

VANTAGENS DO DEBRIEFING

A implementação de estruturas de *debriefing* apresenta várias vantagens para os profissionais de saúde a nível individual e coletivo, mas também para os utentes.^(4, 5, 6, 7, 8, 9, 10)

Profissionais de Saúde	Equipa de Saúde	Utente
<ul style="list-style-type: none">• Estimula a autorreflexão• Melhora a compreensão das situações e emoções• Fornece suporte e Bem-estar Psicológico• Reduz emoções negativas• Desenvolve mecanismos de Coping• Promove a resiliência	<ul style="list-style-type: none">• Estimula o apoio entre pares• Melhora o trabalho em equipa• Incentiva a aprendizagem individual e coletiva• Melhora o desempenho da equipa• Permite a correção de erros• Melhora competências de liderança e gestão	<ul style="list-style-type: none">• Melhora a qualidade e a segurança dos cuidados prestados.

IMPLEMENTAÇÃO

A implementação do *debriefing* só é eficazmente realizada se responder às questões:⁽³⁾

- Porquê?
- O quê?
- Quem?
- Como?
- Quando?
- Onde?



IMPLEMENTAÇÃO ⁽³⁾



Porquê?

- Reconhecer o **que correu bem** e os **aspectos a melhorar** na *performance* da equipa;
- Evitar lamentações.

O quê?

- Ter em conta as **necessidades/prioridades** da equipa multidisciplinar e do serviço;
- Considerar o **desempenho técnico** e as **relações interpessoais**.

Quem?

- Envolver todos os elementos da equipa que participaram na situação crítica, sem exceção;
- Ponderar a presença de pessoas externas ao evento, possibilitando a troca de experiências;
- Exercer liderança, pois assume-se como fundamental.

Como?

- Criar um ambiente tranquilo, amigável e disponível para a colocação de questões;
- Evitar críticas destrutivas, mas sim construtivas;
- Refletir sobre a situação na sua totalidade;
- Utilizar um discurso honesto e livre de conflitos.

Quando?

- Escolher o tipo de *debriefing* a utilizar, bem como a sua periodicidade e duração (flexíveis).

Onde?

- Evitar usar Salas de Emergência, pois devem estar sempre disponíveis e operacionais;
- Utilizar uma sala calma e tranquila, sem possibilidade de interrupções.

O DEBRIEFING RELACIONA-SE COM A TEORIA DE APRENDIZAGEM EXPERIENCIAL DE KOLB ⁽¹¹⁾

Aprendizagem $=$ Reflexão sobre a prática $+$ Transformação da prática

Adaptando esta teoria, o *Debriefing* pode dividir-se em **três fases**, as quais serão **conduzidas pelo Team Leader**: ^(11, 12, 13)

1ª FASE	2ª FASE	3ª FASE
<ul style="list-style-type: none"> Ocorre após a situação crítica - fase de reação. Discussão com todos os elementos da equipa envolvidos. O <i>team leader</i> elucida as regras e os objetivos da sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> O <i>team leader</i> direciona a sessão para a performance da equipa, estimulando a aprendizagem a partir da reflexão conjunta. Participação de todos os intervenientes. Utilização de reforço positivo. Questões projetadas para: o que correu bem, menos bem e aspetos a melhorar. Documentação de conclusões. 	<ul style="list-style-type: none"> Expressão de emoções e sentimentos stressantes e/ou perturbadores. Apoio entre os elementos da equipa. Mecanismos de Coping. Finalização da sessão.



Sugestão de Questões	Sugestão de Questões	Sugestão de Questões
<ul style="list-style-type: none"> O que aconteceu em específico? Houve algum imprevisto? Como é que se sentiram? 	<ul style="list-style-type: none"> O que correu bem? O que teríamos feito de forma diferente e qual o resultado previsto? O que podemos melhorar? Como? O que aprendemos? O que devemos manter no futuro? O que devemos reforçar? 	<ul style="list-style-type: none"> Como se sentem? Além quer partilhar alguma experiência significativa?

CONCLUSÃO

Embora ainda seja escassamente implementado no Mundo e em Portugal, o *Debriefing* apresenta **inúmeros benefícios nos cuidados de saúde**. É fundamental que os profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros responsáveis/chefes de equipa/ enfermeiros especialistas invistam na sua implementação, visando **melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados**, bem como o bem-estar das suas equipas.

FONTES:

1. Bagorriha, T., & Pereira, M. (2020). *Debriefing da Equipa de Enfermagem no Serviço de Urgência como Determinante na Segurança do Doente Crítico*. Obtido de Repositório Comum: <http://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/33210>
2. Gregório, C., & Lobão, C. (27 de novembro de 2017). *O debriefing realizado pela equipa do serviço de urgência em situação de paragem cardiorrespiratória*. Obtido de IPEleiria: https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/3029/1/Disserta%3a7%3a7%3a3o_debriefing%2bc%3a1tia%20greg%3ab3rio.pdf
3. Kessler, D. O., Cheng, A. & Mullan, P. C. (2015). *Debriefing in the Emergency Department After Clinical Events: A Practical Guide*. *Annals of Emergency Medicine*, 65(6), 690-698
4. Appleton, K. P., Nelson, S., & Wedlund, S. (2018). *Distress Debriefings After Critical Incidents: A Pilot Project*. Disponível em B-On: <https://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=ddbc58fe-e5fc-4a7c-9733-7169cf5fdd3a%40sessionmgr102>
5. Buhlmann, M., Ewens, B., & Rashidi, A. (2020). *The impact of critical incidents on nurses and midwives: A systematic review*. Disponível em B-On: <https://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=0&sid=3ef86cac-c9c4-4cf3-97a1-0980b49c1c24%40pdc-v-sessionmgr03&bdata=Jmxhbm9cHQtHQM2l0ZT1lZHMtGjZSZzY29wZT1zaXRi#AN=33351975&db=cmedm>
6. Conoscenti, E., Martucci, G., Piazza, M., Tuzzolino, F., Ragonese, B., Burgio, G., . . . Chiaramonte, G. (2020). *Post-crisis debriefing: A tool for improving quality in the medical emergency team system*. Disponível em B-On: <https://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=0&sid=b9f90d1a-c9aa-4fb6-83e8-5af65b5a198f%40sessionmgr103&bdata=Jmxhbm9cHQtHQM2l0ZT1lZHMtGjZSZzY29wZT1zaXRi#AN=S0964339720301804&db=edselp>
7. Harder, N., Lemoine, J., & Harwood, R. (2019). *Psychological outcomes of debriefing healthcare providers who experience expected and unexpected patient death in clinical or simulation experiences: A scoping review*. Disponível em B-On: <https://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=0&sid=cd16a4df-1841-4f9c-a18c-16ae7ca4a8d5%40sessionmgr103&bdata=Jmxhbm9cHQtHQM2l0ZT1lZHMtGjZSZzY29wZT1zaXRi#AN=31661584&db=cmedm>
8. Iflaifel, M., Lim, R. H., K. R., & Crowley, C. (2020). *Resilient Health Care: a systematic review of conceptualisations, study methods and factors that develop resilience*. Disponível em B-On: <https://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=38&sid=e363ffc1-4598-4ac1-bc72-56293eb7628c%40pdc-v-sessionmgr01>
9. Mayer, D., & Hamilton, M. (2018). *Critical Incidents in Health Care*. Disponível em B-On: <https://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=08f82398-56a5-48d4-a704-af8525a52c96%40pdc-v-sessionmgr01>
10. Spencer, S. A., Nolan, J. P., Osborn, M., & Georgiou, A. (2019). *The presence of psychological trauma symptoms in resuscitation providers and an exploration of debriefing practices*. Disponível em B-On: <https://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=0&sid=a815fd9c-edab-43d3-b294-e5d72f080966%40sessionmgr102&bdata=Jmxhbm9cHQtHQM2l0ZT1lZHMtGjZSZzY29wZT1zaXRi#AN=S0300957219304952&db=edselp>
11. AFS. (2014). *Debriefing: Análise da Aprendizagem Experiencial*. Obtido de AFS Intercultural Programs: <https://d22dvihj4pfop3.cloudfront.net/wp-content/uploads/sites/27/2019/02/13111021/Debriefing-analisedaAprendizagemExperiencial.pdf>
12. Jaye P, T. L. (2015). *The Diamond: a structure for simulation debrief*. Obtido de PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26009951/>
13. Rudolph JW, S. R. (2008). *Debriefing as formative assessment: closing performance gaps in medical education*. Obtido de PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18945231/>

INFOGRAFIA ELABORADA POR:



Alunas do 5º Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente da Pessoa em Situação Crítica:

- Célia Mourão *
- Helena Dias **
- Joana Pisco ***

Sob a Orientação Clínica de:

- Enf.ª Especialista [redacted] *
- Enf.ª Especialista [redacted] **
- Enf.ª Especialista [redacted] ***

Sob a Orientação Pedagógica de:

- Prof.ª Dr.ª Mariana Carolino Pereira *, **
- Prof.ª Dr.ª Maria do Céu Marques ***

OBRIGADA PELA VOSSA ATENÇÃO

THANK YOU

Apêndice 9 – Checklist do doente crítico cardíaco submetido a Cateterismo Cardíaco

Logótipo da instituição	CHECK-LIST Enfermagem <u>Cateterismo Cardíaco</u>										
<p style="text-align: center;">(I) Identificação do Utente</p> <p style="text-align: center;">(Se possível, colocar vinheta de identificação)</p> <p>Nome: _____</p> <p>Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____</p> <p>Nº. Processo: _____</p>	<p>Serviço de origem: _____</p> <p>Serviço de destino: _____</p> <p style="text-align: center;"><u>Dados biométricos:</u></p> <p>Peso: _____ kg</p> <p>Altura: _____ cm</p>										
<p>(S) Situação Atual / História Clínica Atual</p> <p>Data de admissão: ___/___/___ Diagnóstico: _____</p> <p>Médico Responsável: _____ Enf.º Responsável: _____</p>											
<p>(B) Background / História Clínica Anterior</p> <p><u>Antecedentes pessoais relevantes (incluir antecedentes de SCA/PTCA/CABG, se existentes)</u></p> <p> <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> DM insulínica dependente <input type="checkbox"/> AVC isquémico <input type="checkbox"/> Outros: _____ <input type="checkbox"/> Dislipidemia <input type="checkbox"/> DM não insulínica dependente <input type="checkbox"/> AVC hemorrágico _____ <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Úlcera Péptica/HDA/HDB <input type="checkbox"/> Anemia _____ </p> <p>Terapêutica no domicílio: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Cumpre Terapêutica: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p><u>Antecedentes Familiares Cardiovasculares:</u> _____</p> <p>Alergias: <input type="checkbox"/> Sim, a _____ <input type="checkbox"/> Reações prévias a contraste <input type="checkbox"/> Protocolo de dessensibilização realizado</p> <p><input type="checkbox"/> Desconhecidas</p>											
<p>(A) Avaliações</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Estado de Consciência</th> <th style="width: 33%;">Sinais Vitais</th> <th style="width: 33%;">Intervenções de Enfermagem</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Colaborante <input type="checkbox"/> Agitado SCG: _____ </td> <td style="vertical-align: top;"> FC: _____ bpm Ritmo Cardíaco: _____ TA: ___/___ mmHg Eupneico com SPO2 _____ % <input type="checkbox"/> Ar Atmosférico <input type="checkbox"/> O₂ por _____ TT: _____ °C Dor (E.N.): _____ Local: _____ BMT, se aplicável: _____ mg/dL </td> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Cumpre jejum ≥ 6h <input type="checkbox"/> Retiradas Próteses <input type="checkbox"/> Retirados adornos <input type="checkbox"/> Tricotomia realizada <input type="checkbox"/> Ensino pré, intra e pós-procedimento realizado <input type="checkbox"/> Acesso Venoso no MSE _____ com Dext. 5% em NaCl 0,9% em curso <input type="checkbox"/> Acesso Arterial _____ Local: _____ <input type="checkbox"/> Medicação pré-procedimento: _____ </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> Grau de Dependência no Autocuidado <input type="checkbox"/> Dependente ___ Grau Elevado ___ Grau Moderado ___ Grau Ligeiro <input type="checkbox"/> Independente </td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Estado de Consciência	Sinais Vitais	Intervenções de Enfermagem	<input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Colaborante <input type="checkbox"/> Agitado SCG: _____	FC: _____ bpm Ritmo Cardíaco: _____ TA: ___/___ mmHg Eupneico com SPO2 _____ % <input type="checkbox"/> Ar Atmosférico <input type="checkbox"/> O ₂ por _____ TT: _____ °C Dor (E.N.): _____ Local: _____ BMT, se aplicável: _____ mg/dL	<input type="checkbox"/> Cumpre jejum ≥ 6h <input type="checkbox"/> Retiradas Próteses <input type="checkbox"/> Retirados adornos <input type="checkbox"/> Tricotomia realizada <input type="checkbox"/> Ensino pré, intra e pós-procedimento realizado <input type="checkbox"/> Acesso Venoso no MSE _____ com Dext. 5% em NaCl 0,9% em curso <input type="checkbox"/> Acesso Arterial _____ Local: _____ <input type="checkbox"/> Medicação pré-procedimento: _____	Grau de Dependência no Autocuidado <input type="checkbox"/> Dependente ___ Grau Elevado ___ Grau Moderado ___ Grau Ligeiro <input type="checkbox"/> Independente		
Estado de Consciência	Sinais Vitais	Intervenções de Enfermagem									
<input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Colaborante <input type="checkbox"/> Agitado SCG: _____	FC: _____ bpm Ritmo Cardíaco: _____ TA: ___/___ mmHg Eupneico com SPO2 _____ % <input type="checkbox"/> Ar Atmosférico <input type="checkbox"/> O ₂ por _____ TT: _____ °C Dor (E.N.): _____ Local: _____ BMT, se aplicável: _____ mg/dL	<input type="checkbox"/> Cumpre jejum ≥ 6h <input type="checkbox"/> Retiradas Próteses <input type="checkbox"/> Retirados adornos <input type="checkbox"/> Tricotomia realizada <input type="checkbox"/> Ensino pré, intra e pós-procedimento realizado <input type="checkbox"/> Acesso Venoso no MSE _____ com Dext. 5% em NaCl 0,9% em curso <input type="checkbox"/> Acesso Arterial _____ Local: _____ <input type="checkbox"/> Medicação pré-procedimento: _____									
Grau de Dependência no Autocuidado <input type="checkbox"/> Dependente ___ Grau Elevado ___ Grau Moderado ___ Grau Ligeiro <input type="checkbox"/> Independente											
<p>Cirurgias Programadas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Perdas hemáticas recentes? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Exames Complementares de Diagnóstico (em sistema informático ou anexos ao processo do utente)</p> <p><input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> Ecocardiograma <input type="checkbox"/> Coronariografia <input type="checkbox"/> Cintigrafia do Miocárdio <input type="checkbox"/> Outro: _____</p> <p>Resultados Analíticos (___/___/___): Hb: ___ g/dL Plaquetas: ___ x10⁹/L Potássio ___ mmol/L INR: ___</p> <p>Creatinina: ___ mg/dL Ureia: ___ PCR: ___ mg/dL Teste Covid: _____ (___/___/___)</p> <p>Terapêutica: <input type="checkbox"/> AAS/Tromalyt/Cartia Carga de: ___ mg a ___/___/___ Iniciou diário a ___/___/___ Última Toma ___/___/___ <input type="checkbox"/> Clopidogrel/Plavix Carga de: ___ mg a ___/___/___ Iniciou diário a ___/___/___ Última Toma ___/___/___ <input type="checkbox"/> Brilique/ Ticagrelor Carga de: ___ mg a ___/___/___ Iniciou 2x dia a ___/___/___ Última Toma ___/___/___ <input type="checkbox"/> Enoxaparina Sódica Iniciou ___ mg ___ x Dia a ___/___/___ Última Administração ___/___/___ às ___ horas <input type="checkbox"/> Antidiabéticos Orais <input type="checkbox"/> Estatinas <input type="checkbox"/> Insulina <input type="checkbox"/> Anticoagulantes Orais _____ Última Toma ___/___/___ <input type="checkbox"/> Outro: _____ </p>											
<p>(R) Recomendações/Outras informações: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>											
<p>O Enfermeiro/a _____ Nº mecanográfico: _____ Data: ___/___/___</p>											

Apêndice 10 – Póster CVC

Prevenção da Infecção Associada ao Cateter Venoso Central

IACS [1]

Introdução

Em Portugal, para responder aos problemas associados às Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), a Direção-Geral da Saúde (DGS) criou quatro normas com conjuntos de feixes de intervenções (*bundles*), em conformidade com orientações internacionais. [2,3,4]

O seu objetivo é **reduzir as IACS e promover boas práticas**. Cada bundle ou feixe de intervenção surge associado à prevenção de infeção de um procedimento/dispositivo médico específico. Estes conjuntos de intervenções surgem agrupados. [2]

Todas as intervenções **devem ser implementadas de forma coesa e integrada**, com vista à melhoria efetiva de resultados. [4]

As Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea (INCS) associadas ao Cateter Venoso Central (CVC) no Serviço de Cardiologia/UCIC do []:

No período de 1 Janeiro 2019 a 31 Dezembro 2019... [3]

Nº relativo à incidência de novos casos de INCS

1,23%

Em 972 doentes

Densidade de incidência

1,81‰

Em 6634 dias de internamento

Prevenção da Infecção Associada ao CVC: Que intervenções realizar?

Colocação do CVC [2,3,4]

1. Avaliar a **necessidade** da sua colocação e registar a mesma, selecionando o **CVC com o menor nº de lúmens** adequados à condição clínica do utente.
2. Realizar a **preparação pré-cirúrgica das mãos e precauções de barreira máximas** (por todos os intervenientes no procedimento, sem exceção).
3. Utilizar **técnica asséptica** (bata estéril, luvas estéreis, touca e máscara).
4. Realizar a **antisepsia da pele do doente com cloro-hexidina a 2% em álcool** (imediatamente antes do procedimento) e deixar secar.
5. Utilizar um **campo cirúrgico** para cobrir a superfície corporal do utente.
6. Usar **preferivelmente o acesso subclávio** (por menor taxa de infeção comprovada) e o **jugal interno**. Se possível, **evitar o acesso femoral** (em caso de necessidade, registar o motivo).
7. Manter a **utilização da técnica asséptica na realização do penso** e **registar a data** da sua colocação.

Manutenção do CVC [2, 3, 4]

1. Avaliar diariamente a **necessidade** de manter o CVC.
2. **Vigiar o local de inserção** do CVC.
3. **Antes de manusear o CVC, higienizar as mãos** com água e sabão de pH neutro e realizar a sua **desinfecção** com SABA;
4. **Antes de manusear as conexões do CVC e os pontos de acesso dos sistemas e prolongamentos** (obturadores, torneiras de 3 vias, etc.), descontaminá-los com **cloro-hexidina a 2% em álcool ou álcool a 70%**, friccionando durante **10 a 15 segundos** e deixar secar;
5. **Substituir o penso do CVC com técnica asséptica** e com a periodicidade adequada:
 - sempre que **visivelmente sujo**, com sangue ou **não aderente**;
 - de **48h/48h**, se penso com compressa;
 - de **7/7 dias**, se penso transparente.
6. Ao substituir o penso do CVC:
 - Utilizar **técnica asséptica** (máscara, luvas esterilizadas, campo esterilizado e um "kit de penso").
 - Realizar a **antisepsia da pele** com solução alcoólica de **cloro-hexidina a 2%**;
 - Garantir que o **local de inserção** do CVC fica **limpo e sem sangue**;
 - Finalizar o penso e **registar a data** da sua colocação.

Conclusão

As infeções associadas ao CVC são eventos potencialmente evitáveis. A implementação de "feixes de intervenções/bundles" para a sua prevenção possui efeitos comprovados na diminuição da sua incidência. Para que tal aconteça, as intervenções deverão ser realizadas na sua totalidade, sem exceção, conforme indicado na Norma 022/2015 da DGS.

Referências

[1] Lito, L. M. (2010). *Epidemiologia da Infecção Hospitalar*. Cadernos de Saúde - Volume 3; Infecção Associada aos Cuidados de Saúde, pg 25-31. Obtido de <https://revistas.ucp.pt/index.php/cadernosdesaude/article/view/2988/2888>

[2] The Joint Commission. (2013). CVC Insertion Bundles. Obtido de Centers for Disease Control and Prevention: https://www.jointcommission.org/-/media/jc/documents/resources/clsabi/clsabi_toolkit_tool_3_18_cvc_insertion_bundles.pdf?blob=webfile&hash=DEB0C87F82A93419C47E4162AB3A5&hash=DEB0C87F82A93419C47E4162AB3A5

[3] The Joint Commission. (2013). CVC Maintenance Bundles. Obtido de Centers for Disease Control and Prevention: https://www.jointcommission.org/-/media/jc/documents/resources/clsabi/clsabi_toolkit_tool_3_22_cvc_maintenance_bundles.pdf?blob=webfile&hash=DEB0C87F82A93419C47E4162AB3A5&hash=DEB0C87F82A93419C47E4162AB3A5

[4] DGS (dezembro de 2015). *Norma 022/2015 - "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central*. Obtido de <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relacionada-com-cateter-venoso-central.pdf>

[5] Fonte interna da instituição (2020) – disponibilizada pelo GCL-PPCIRA

Realizado pelas alunas do 5º Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica:

- Célia Mourão (m47217)*
- Helena Dias (m46881)**
- Joana Pisco (m47245)***

Sob a Orientação Clínica de:

- Enf.ª Especialista []
- Enf.ª Especialista []
- Enf.ª Especialista []

Sob a Orientação Pedagógica de:

- Prof.ª Dr.ª Mariana Carolina Pereira*, **
- Prof.ª Dr.ª Maria do Céu Marques***

Apêndice 11 – Abstract de artigo desenvolvido na Unidade Curricular de Investigação em Enfermagem

A Saúde Mental dos Enfermeiros em Situação de Pandemia COVID-19

Resumo

A pandemia por COVID-19 trouxe aos enfermeiros elevadas exigências a nível físico e mental, aliadas à sobrecarga de trabalho, o que provocou impactos negativos a nível pessoal e profissional e, conseqüentemente, a nível da saúde mental.

Objetivo: Compreender como a pandemia por COVID-19 influenciou a saúde mental dos enfermeiros.

Método de Revisão: Elaboração de uma revisão sistemática da literatura, partindo da estratégia PICO e formulando a questão: "Como a pandemia COVID-19 alterou a saúde mental dos enfermeiros?". Definiram-se palavras-chave e iniciou-se o processo de pesquisa entre outubro e novembro de 2020, recorrendo à base de dados Pubmed. Foram definidos como critérios de inclusão: enfermeiros como população-alvo, artigos publicados entre 2019-2020, texto integral e enquadramento nas áreas de "Enfermagem e Medicina Auxiliar", "Psicologia", "Saúde e Medicina" e "Saúde Pública". Foram aplicados critérios de exclusão, para redução de viés. Utilização da metodologia de *Joanna Briggs Institute* para análise e seleção dos artigos.

Resultados: Foram selecionados dois estudos qualitativos e cinco quantitativos, que abordam os impactos da pandemia por COVID-19 na saúde mental dos enfermeiros.

Conclusão: O contexto de pandemia por COVID-19 influencia diretamente a saúde mental dos enfermeiros, principalmente aqueles que prestam cuidados a utentes portadores do vírus, podendo esta influência ser negativa e/ou positiva.

Descritores: *coronavirus, pandemics, nurses, mental health, COVID-19*

Apêndice 12 – *Abstract* de artigo desenvolvido no Estágio I

Contributos do *Debriefing* após Reanimação Cardiopulmonar para os Profissionais de Saúde: uma revisão sistemática

Resumo

As situações de Paragem Cardiorrespiratória são eventos críticos complexos desafiantes, altamente stressantes e potencialmente traumáticos para os profissionais de saúde que os vivenciam. Além disso, podem ter implicações não só para os profissionais de saúde, como para os utentes e para a prática clínica.

Objetivo: Compreender quais as vantagens que o *debriefing* acarreta consigo para os profissionais de saúde após situações de Reanimação Cardiopulmonar.

Método de Revisão: Através da estratégia PICO, formulou-se a questão: “Quais as vantagens do *debriefing* após situações de reanimação cardiopulmonar para os profissionais de saúde?”. Definiram-se palavras-chave e iniciou-se o processo de pesquisa em junho de 2021, recorrendo ao motor de busca B-On. Foram definidos critérios de inclusão e exclusão, visando a redução de viés. Para avaliação crítica dos estudos selecionados, recorreu-se à metodologia de *Joanna Briggs Institute*.

Resultados: Foram selecionados cinco estudos que retratam os benefícios associados à implementação do *debriefing* após situações de reanimação cardiopulmonar. Após a sua análise, verifica-se que o *debriefing* se revela fulcral não só para os profissionais de saúde, mas também para os utentes e para a prática clínica.

Conclusão: A implementação de metodologias de *debriefing* após situações de reanimação cardiopulmonar apresenta inúmeras vantagens, pelo que é importante que a sua utilização na prática clínica seja estimulada.

Descritores: *health personnel; nurses; debriefing; cardiopulmonary resuscitation.*

Apêndice 13 – *Abstract* de artigo desenvolvido no Estágio Final

Comunicação durante a transição de cuidados do doente crítico em contexto perioperatório:
uma revisão sistemática

Resumo

Além da instabilidade e complexidade que caracteriza o doente crítico, as suas transições de cuidados acarretam consigo maior vulnerabilidade. Deste modo, é essencial que se adotem medidas que minimizem os erros e riscos associados à transmissão de informação neste contexto e que aumentem a qualidade destes processos. Dentro deste leque, a comunicação poderá assumir destaque, motivo pelo qual foi desenvolvida a presente revisão sistemática da literatura que tem como objetivo principal responder à sua questão norteadora: “Qual a importância da comunicação na transição de cuidados do doente crítico em contexto perioperatório?”

Metodologia: Em primeira instância, após elaborada a questão que motivou o estudo, definiram-se palavras-chave e iniciou-se o processo de pesquisa em dezembro de 2021, recorrendo ao motor de busca da EBSCO e à base de dados Pubmed. Foram definidos critérios de inclusão e exclusão, visando a redução de viés, e obtiveram-se seis estudos de interesse.

Resultados: Os estudos analisados demonstraram que, além de a comunicação atuar como um facilitador das transições de cuidados, também existem barreiras que se associam a estes processos. Contudo, existem formas e estratégias para as colmatar que devem ser consideradas.

Conclusão: Quando estabelecida de forma eficaz e estruturada, a comunicação atua como um facilitador das transições de cuidados do doente crítico no perioperatório, pelo que se assume como essencial para a qualidade destes processos. No entanto, é necessário apostar em programas que permitam formação e treino nesta área, visando a melhoria da sua qualidade.

Palavras-chave: *communication; patient transfer; patient safety; critical care; perioperative care*

ANEXOS

Anexo I – Aprovação da IPM pelo Conselho Científico da Universidade de Évora



Anexo II – Parecer da Comissão de Ética da Universidade de Évora



Documento	2	1	0	8	3
-----------	---	---	---	---	---

Comissão de Ética da Universidade de Évora

A Comissão de Ética da Universidade de Évora informa que, com base nas apreciações favoráveis dos seus membros, deliberou dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto: “*Comunicação efetiva na transição de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório.*”, pela mestranda **Joana Sofia de Almeida Pisco** sob a supervisão da Prof.^a Doutora Maria do Céu Mendes Pinto Marques (responsável académica).

Universidade de Évora, 17 de dezembro de 2021

A Presidente da Comissão de Ética

(Prof.^a Doutora Margarida I. Almeida Amoedo)

Anexo III – Parecer da Comissão de Ética da Instituição

Logótipo da instituição	Carimbo da instituição
COMISSÃO DE ÉTICA	
Nome da instituição	
Título do Projeto: Comunicação efetiva na transição de cuidados do doente crítico cardíaco em contexto perioperatório	
Nome: Joana Sofia de Almeida Pisco	
Instituição: Universidade de Évora	
Enquadramento Académico: Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica vertente da Pessoa em situação crítica	
Tipo de Estudo:	
Com base nos documentos apresentados	
- Estão definidos os critérios de inclusão __Sim__	
- São apresentados os Instrumentos de recolha de dados __Sim__	
- Está garantida a confidencialidade dos dados recolhidos __Sim__	
- Está garantida a participação livre, voluntária e informada, dos participantes __sim__	
Parecer da Comissão de Ética do [] :	Assinaturas do Conselho de Administração da instituição
Aprovar __X__	
Aprovar Condicionalmente __	
Não Aprovar __	
NOTAS:	
Nome e assinatura do Presidente da Comissão de Ética da instituição	
 SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE 1979-2019	Contactos da instituição

Anexo IV – Certificado de participação no “11º Congresso Internacional da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança (APEGEL)”



Certificado de Participação

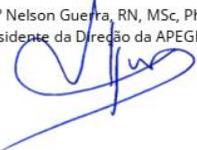
Certifica-se que

Joana Pisco

Participou no 11º Congresso Internacional da Associação Portuguesa de Enfermeiros Gestores e Liderança – APEGEL, realizado nos dias 21, 22 e 23 de outubro de 2021, em formato digital, sobre o tema “**Liderança, Segurança e Visibilidade na Gestão de Enfermagem**”.

Lisboa, 30 de outubro de 2021

Enf^o Nelson Guerra, RN, MSc, PhD
Presidente da Direção da APEGEL



Anexo V – Certificado de participação no Webinar “Aprendendo com a Emergência – Capítulo III. O que aprendemos com a pandemia?”



Anexo VI – Certificado de participação no “2º Seminário de Enfermagem em Emergência Extra-hospitalar”

CERTIFICADO

Certifica-se que **Joana Pisco**
participou no 2º Seminário de Enfermagem em Emergência Extra-Hospitalar, que decorreu no dia 18
de junho de 2021, num total de 8 horas.

Coimbra, 18 de junho de 2021

PELA COMISSÃO ORGANIZADORA

Assinado por: **ÁNDREA MARINA GASPAR FIGUEIREDO**
CARTÃO DE CIDADÃO
Num. de identificação: BI122601815

ÁNDREA FIGUEIREDO
PRESIDENTE DA DIREÇÃO DA AEEEMC

PELA COMISSÃO CIENTÍFICA

Assinado por: **LILIANA ANDREIA NEVES DA MOTA**
CARTÃO DE CIDADÃO
Num. de identificação: BI121477754

LILIANA MOTA
PRESIDENTE DO CONSELHO TÉCNICO-CIENTÍFICO DA ESSNorteCVP
EDITORA CHEFE DA REVISTA RIIS

www.aeeemc.com

2.º SEMINÁRIO DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIA EXTRA-HOSPITALAR
18 DE JUNHO DE 2021 | ONLINE

Anexo VII – Certificado de participação no Webinar “Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico”



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

membro nº desta Ordem, esteve presente no ciclo de webinars “Enfermagem às Quintas” subordinado à temática “Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico” no dia 4 de Novembro de 2021, com duração total de 2 horas na Plataforma Digital Cisco Webex Events.

Porto, 8 de Novembro de 2021.

O Presidente do Conselho Directivo Regional

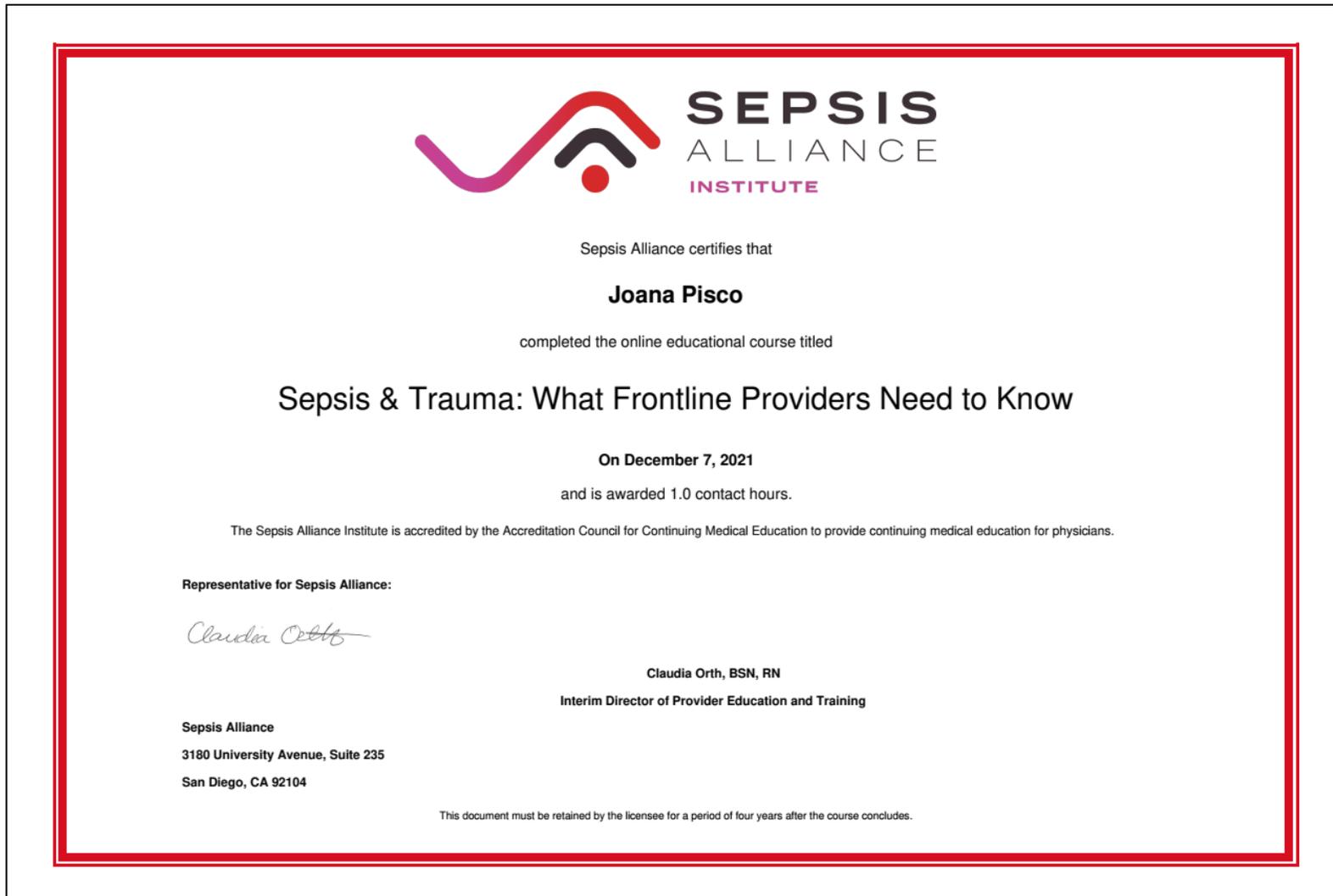
João Paulo Marques de Carvalho

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Actividades Formativas.

Anexo VIII – Certificado de participação no “IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem”

	IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: UM VALOR EM SAÚDE	
<u>CERTIFICADO</u>		
<p>Certifica-se que o(a) Enfermeiro(a) JOANA SOFIA DE ALMEIDA PISCO, participou IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, no dia 26 de novembro de 2021, Auditório 2, <i>Campus</i> da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.</p>		
<p>Lisboa, 26 de novembro de 2021.</p>		
<p>A Diretora Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP</p>  <p>Amélia Simões Figueiredo, <i>PhD, MEd, RN</i> Professora Auxiliar</p>		
<p>Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal</p>		

Anexo IX – Certificado de participação no Webinar “Sepsis & Trauma: What Frontline Providers need to know”



Anexo X – Certificado de apresentação de comunicação livre em forma de póster no Congresso Internacional sobre Literacias no Século XXI



P POLITÉCNICO
DE PORTALEGRE

ICCL2021
**21st CENTURY
LITERACIES**
Internacional Congress

CERTIFICADO

Certifica-se que **Joana Pisco** apresentou a comunicação intitulada *“Post-Crisis Debriefing in Emergency, Exception and Disaster situations: Importance for Healthcare Workers”* no Congresso Internacional Literacias no Século XXI (ICCL2021)/International Congress on 21st Century Literacies, que se realizou online, nos dias 15 e 16 de julho, no Instituto Politécnico de Portalegre.

Portalegre, 16 de julho de 2021

O Presidente do Instituto Politécnico de Portalegre



Albano António de Sousa Varela e Silva

Registo INT_SC/2021/11097



Praça do Município, 11 | 7300-110 Portalegre | T +351 245 301 500 | F +351 245 330 353 | E geral@ipportalegre.pt
www.ipportalegre.pt

Anexo XI – Certificado do curso de SAV



CERTIFICADO DE
FORMAÇÃO PROFISSIONAL
Portaria nº 474/2010 de 8 de julho



Certifica-se que **Joana Sofia de Almeida Pisco**, nascida em 23/01/1995, com o Número de Identificação Civil 14218174, concluiu com aproveitamento o curso de formação profissional

// SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

ADVANCED CARDIOVASCULAR LIFE SUPPORT (ACLS)

da *American Heart Association*, que decorreu de 08/05/2021 a 09/05/2021, com a duração de 16 horas.

Porto Salvo, 09 de maio de 2021

O responsável pela Ocean Medical,



Marco Castro



American Heart Association



AUTHORIZED TRAINING CENTER



ENTIDADE ACREDITADA
INEM
EA SAV 05.04.2019



ENTIDADE FORMADORA CERTIFICADA
07/2020

Certificado nº 21036-7/2021

Validade: AHA 2 anos / INEM 5 anos

Anexo XII – Certificado do curso de ITLS

	ITLS International Trauma Life Support	ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
<h1>Certificate of Participation</h1> <h2>Joana Sofia de Almeida Pisco, RN</h2> <h3>has completed the Advanced Provider Course</h3>		
date 5/16/2021	course site Escola Superior de Enfermagem de Évora , Évora, INTL (International)	
course director Dr. Ana Ferreira, MD MD		
course coordinator Luis Figueiredo RN		
		<i>Improving Trauma Care Worldwide</i>
<p>This continuing education activity is approved by the Commission on Accreditation for Pre-Hospital Continuing Education (CAPCE). Continuing Education Hours: 16.00 Course #: Z1-ITLS-F2-0202 CEH Type: Advanced</p> <p>You have participated in a continuing education program that has received CAPCE approval for continuing education credit. If you have any comments regarding the quality of this program and/or your satisfaction with it, please contact CAPCE at: 12300 Ford Road, Suite 350, Dallas, Texas 75234 - 972.247.4442 - jscott@capce.org</p> <p>CE Provider: International Trauma Life Support (Provider No. ITLS0026)</p>		
<p>_____ Card Holder's Signature</p> <p>Successful completion does not warrant performance or authorize or qualify the card holder to perform any procedure. This recognition is subject to the provisions and limitations of applicable chapter statutes and licensing acts.</p> <p>International Trauma Life Support 3000 Woodcreek Drive, Suite 200 Downers Grove, IL 60515 www.itrauma.org</p>	 ITLS 329298-44583 International Trauma Life Support Joana Sofia de Almeida Pisco, RN has successfully completed the cognitive skills evaluation in accordance with the standards of International Trauma Life Support for this course. Advanced Provider Course Card Issue Date 5/16/2021 Expiration Date 05/2024 Course Number 44583 Course Location 	

Anexo XIII - Voto de Louvor e Reconhecimento da Ordem dos Enfermeiros em contexto de pandemia

