



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Comunicação segura na implementação de cuidados em Enfermagem

Sara Cristina Lopes Ramos

Março 2022

Comunicação segura na implementação de cuidados em Enfermagem

Sara Cristina Lopes Ramos

Estágio com Relatório Final em contexto de Urgência e em contexto de Cuidados Intensivos

Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 8ª Edição

Trabalho efetuado sob a orientação de
Professora Doutora Madalena Cunha

Março, 2022

*O Sucesso,
Nasce do Querer, da Determinação e Persistência
em chegar a um objetivo.
Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos,
No mínimo fará coisas admiráveis
(José de Alencar)*

Agradecimento

À Professora Doutora Madalena Cunha, por todo o seu apoio, rigor, orientação e dedicação demonstrada ao longo deste meu percurso.

À Lénia, ao Filipe e ao Sabino por me permitirem aprender convosco e por me mostrarem que tipo de enfermeira devo ser.

À Marisa pela amizade, apoio incondicional, incentivo e motivação. Por todas as vezes em que me ajudaste a levantar e a seguir caminho e pelas vezes que acreditaste mesmo quando eu duvidei.

À Margarita pela amizade, pelo carinho e motivação. Obrigada por veres em mim um exemplo a seguir.

Ao Costa por me fazer acreditar que sou capaz, pela orientação, pelos momentos de partilha e pelo orgulho demonstrado neste meu percurso.

À Inês, à Gisela, à Natália, à Maria e ao Nuno pelo privilégio de partilhar esta aventura convosco. Obrigada por todas as tertúlias de estudo prolongadas, pela união, incentivo, motivação e amizade.

Aos meus chefes e aos meus colegas de serviço, em especial à Catarina, à São, ao Rui e ao Zé, por me mostrarem que estou no caminho certo, pelo apoio e por toda as vezes que condicionaram o vosso horário para facilitar o meu.

Por último, mas não menos importante, à minha família. Aos meus pais por todo o apoio, ao *Tó-Zé* e à pequena *Maria Inês* pelo amor incondicional, pela paciência nos momentos de maior cansaço e pela compreensão pelas longas ausências. Obrigada por serem a base da minha existência.

A todos aqueles que direta e indiretamente contribuíram para a conclusão e sucesso deste meu percurso,

Muito Obrigada!

Resumo

Introdução: A prática especializada em Enfermagem Médico-Cirúrgica carece de desenvolvimento de competências com vista à prestação de cuidados de qualidade e seguros a pessoas em situação crítica. Face à necessidade de desenvolvimento ao longo do Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico- Cirúrgica objetivou-se adquirir competências que foram potencializadas pelos ensinamentos clínicos. Pretende-se que este trabalho demonstre o percurso desenvolvido e traduza a consolidação das competências.

Objetivos: Espelhar o processo de aquisição e consolidação das Competências do Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Métodos: Na Parte I a metodologia utilizada foi a crítica reflexiva dos momentos significativos para o percurso de desenvolvimento profissional e académico. A parte II, incorpora a componente de investigação, apresenta o estudo intitulado “Comunicação Segura na Implementação de Cuidados em Enfermagem: Conhecimento dos Enfermeiros sobre a metodologia ISBAR”. O estudo assume natureza quantitativa, do tipo observacional com análise descritiva e foco transversal, com o objetivo de avaliar o nível de conhecimento dos Enfermeiros sobre a metodologia ISBAR.

Resultados: Os ensinamentos clínicos realizados permitiram-me desenvolver diversas competências de forma a consolidar e completar os conhecimentos adquiridos ao longo dos Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização e Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Os diversos projetos desenvolvidos permitiram explorar novas competências no âmbito da investigação. O estudo desenvolvido assume-se como o desejo de interligar os aspetos da formação, da prática clínica e da evidência mais recente. A temática escolhida, Comunicação Segura surge pelo facto de no âmbito da formação diferenciada ser frequentemente descurada face a outros temas, e ser um tema que se reveste de enorme significância. A investigação teve por base a recolha de dados através de um Questionário de Avaliação de Conhecimentos, criado para o efeito de Ramos e Cunha (2021).

Conclusão: A aquisição de novas competências assumiu repercussões imediatas na prestação de cuidados diários. Com a investigação, inferiu-se que os Enfermeiros manifestam défice de conhecimentos sobre a metodologia ISBAR, não são detentores de formação específica sobre a metodologia e no seu exercício profissional não aplicam a metodologia. A investigação desenvolvida deve ser encarada como um potencial de melhoria com vista à implementação de estratégias que permitam melhorar o nível de conhecimentos dos Enfermeiros sobre a metodologia ISBAR. Não deve ser descurado que o baixo número amostral não demonstra de forma significativa a população em estudo, pelo que se torna necessário replicar o estudo em amostras mais alargadas.

Palavras-chave: Conhecimentos, Cuidados de Enfermagem, Cuidados Intensivos, Comunicação Segura, Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermeiro, ISBAR, Serviço de Urgência

Abstract

Introduction: The practice specialized in Medical-Surgical Nursing lacks the development of general and specific competencies in order to provide quality and safe care to people in critical situations. In view of this need for development and improvement of capacities and competencies, throughout the Post-Degree Specialization Course in Medical-Surgical Nursing aimed to acquire competencies that were enhanced throughout clinical teachings. It is intended that this work demonstrates the path developed and translates the consolidation of competencies.

Objectives: To mirror the process of acquisition and consolidation of the Competencies of the Specialist Nurse and Master in Medical-Surgical Nursing.

Methods: This work incorporates different methodologies. In Part I the methodology used was the reflexive critic of the significant moments for the career and academic development path. Part II, which incorporates the research component, presents the study entitled "Safe communication in the implementation of Nursing care: nurses' knowledge of the ISBAR methodology". The study assumes quantitative nature, of the observational type with descriptive analysis and cross-sectional focus, with the objective of evaluating the level of knowledge of nurses about the ISBAR methodology.

Results: The internships performed in the various contexts allowed me to develop several competencies in order to consolidate and complete the knowledge acquired throughout the Post-Bachelor's Specialization and Master's Courses in Medical-Surgical Nursing. In parallel with the various projects developed, new competences have been explored so far unknown in the field of research. The study is assumed to be the desire to interconnect aspects of training, clinical practice and more recent evidence. The theme chosen, Safe Communication arises from the fact that in the context of differentiated training it is often neglected in relation to other topics and is a theme that is of enormous significance. The research was based on the collection of data through a Knowledge Assessment Questionnaire, created for the purpose of Ramos and Cunha (2021) with the assent of the Ethics Committee of the Polytechnic Institute of Viseu and the Order of Nurses, which was fundamental for its dissemination that took place from August 4 to September 4, 2021.

Conclusion: The acquisition of new skills assumed immediate repercussions on the provision of daily care. With the present study, it was inferred that Portuguese nurses manifest knowledge deficit about the ISBAR methodology, they are not holders of specific training on the methodology and in

their professional practice they do not apply the methodology, as recommended by the General Directorate of Health. The research developed should be seen as a potential for improvement with a view to the implementation of strategies that allow to improve the level of knowledge of nurses about the ISBAR methodology and consequently enhance the safety of care provided. It should not be neglected that the low sample number does not significantly demonstrate the study population, so it is necessary to replicate the study in larger samples.

Keywords: Knowledge, Nursing Care, Intensive Care, Safe Communication, Medical-Surgical Nursing, Nurse, ISBAR, Emergency Service

Sumário

Lista de Tabelas.....	15
Lista de Figuras	11
Lista de Quadros	19
Introdução.....	23
Parte I	
1. Caracterização dos Campos de Estágio.....	27
1.1 Estágio em Urgência.....	27
1.2 Estágio em Cuidados Intensivos.....	29
2. Competências do Enfermeiro Especialista Adquiridas.....	31
3. Evidência da Aquisição das Competências de Enfermeiro Especialista	63
3.1 Evidência da Aquisição das Competências de Enfermeiro Especialista no Serviço de Urgência	63
3.2 Evidência da Aquisição das Competências de Enfermeiro Especialista na Unidade de Cuidados Intensivos.....	74
4. Avaliação por Competências do Enfermeiro Especialista	85
Considerações Finais.....	87
Parte II	
Introdução.....	99
1. Enquadramento teórico	101
2. Métodos.....	107
2.1. Amostra e/ou Participantes	107
2.1.1 Critérios de Inclusão	108
2.2. Instrumento de Colheita de Dados.....	108
2.3. Procedimentos legais, éticos e técnicos	110
3. Resultados.....	113

4. Discussão.....	121
Conclusão	123
Conflito de Interesses	125
Agradecimentos e Financiamentos	125
Referências Bibliográficas	127
Apêndices	
Apêndice 1- Cateterismo nasogástrico: Procedimento	131
Apêndice 2 - Procedimento de Higiene Oral em cuidados intensivos	157
Anexos	
Anexos 1- Parecer da Comissão de Ética do IPV	187
Anexo 2 - Parecer do Conselho Científico da ESSV	195
Anexo3- Parecer Científico do Orientados	199
Anexo 4- Instrumento de Colheita de dados de Ramos e Cunha (2021)	203

Lista de Tabelas

Parte I

		Pág.
Tabela 1-	Escala de Therapeutic Intervention Scoring System (TISS)	46
Tabela 2-	Abordagem da vítima Mnemónica ABCDE	52
Tabela 3-	Avaliação sequencial ABCDEFG	58
Tabela 4-	Escala Nacional de Triagem	66
Tabela 5-	Escala de agitação e sedação de Richmond (RASS)	78

Parte II

Tabela 1	Alpha de Cronbach para os itens da escala de Avaliação de Conhecimentos sobre a Metodologia ISBAR	105
Tabela 2	Caracterização das variáveis sociodemográficas em função do género	108
Tabela 3	Estatísticas relativas ao tempo de experiência profissional	109
Tabela 4	Caracterização das variáveis profissionais em função do género	110
Tabela 5	Estatísticas sobre a metodologia ISBAR	111
Tabela 6-	Caracterização dos conhecimentos sobre a metodologia ISBAR em função do género	112

Lista de Figuras

	Pág.
Figura 1 Feixes de Intervenção associados à Prevenção da Pneumonia de aspiração	41
Figura 2 Mnemónica ISBAR	101
Figura 3 Relação das variáveis VS Nível de Conhecimentos	103

Listas de Quadros

		Pág.
Quadro 1	Teste de Normalidade de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors	107
Quadro 2	Testes de U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis sociodemográficas e as variáveis acadêmicas com os conhecimentos sobre ISBAR	113
Quadro 3	Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis profissionais com os conhecimentos sobre ISBAR	114

Lista de abreviaturas, siglas

AM1- Área Médica 1

AM2- Área Médica 2

APA- American Psychological Association

AVC- Acidente Vascular Cerebral

BHS- Behavioral Pain Scale

Cf.- Conforme

CHUC- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CVC- Cateter Venoso Central

CVP- Cateter Venoso Periférico

DGS- Direcção Geral da Saúde

EAM- Enfarte Agudo do Miocárdio

ECG- Eletrocardiograma

ECMO- Oxigenação por Membrana Extracorporea

EPI- Equipamento Protecção Individual

GPT- Grupo Português de Triagem

HUC- Hospitais da Universidade de Coimbra

IACS- Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ISBAR- Identificação, Situação, Background, Avaliação, Recomendação

ml- mililitro

OE-Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

PAI- Pressão Arterial Invasiva

PAM- Pressão Arterial Média

PAVM- Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica

PBCI- Protecções Básicas do Controlo de Infecção

Pg.- Página

PIC- Pressão Intra Craniana

PICC- Cateter Central de Inserção Periférica

PNSD- Plano Nacional para a Segurança do Doente

REPE- Regulamento do Exercício para a Prática de Enfermagem

SIV- Suporte Imediato de Vida

SNG- Sonda Násogástrica

Sra.- Senhora

STM- Sistema de Triagem de Manchester

SU- Serviço de Urgência

SUP- Serviço de Urgência Polivalente;

TAC- tomografia axial computadorizada

TISS- Therapeutic Intervention Scoring System

TM- Triagem de Manchester

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

UCIM- Unidade de Cuidados Intermédios Médicos

VMI- Ventilação Mecânica Invasiva

VV AVC- Via Verde Acidente Vascular Cerebral

Introdução

O presente documento configura o Relatório Final de Estágio em Contexto de Urgência e em Contexto de Cuidados Intensivos e é apresentado no âmbito das edições sétima e oitava dos cursos de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, respectivamente, da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV). Pretende descrever o processo de desenvolvimento pessoal e profissional desenvolvido ao longo desta jornada.

Tal como preconizado pelo Plano Esquemático do Curso, a Unidade Curricular que contempla este relatório, inclui dois ensinamentos clínicos que decorreram numa unidade hospitalar do Centro do País, nomeadamente no Serviço de Urgência (SU-Pólo A- HUC) e no Serviço de Medicina Intensiva (Unidade COVID- CHUC). Assim, o presente trabalho assume-se como uma compilação de diversos momentos de aprendizagem proporcionados pela frequência desta unidade curricular, onde pretendo apresentar a análise reflexiva do percurso realizado.

O presente relatório encontra-se dividido em duas partes. Nesta primeira parte, pretende-se descrever o percurso efetuado ao longo dos ensinamentos clínicos, onde inequivocamente foram adquiridas e consolidadas capacidades e competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Para tal serão espelhadas as vivências experienciadas demonstrando capacidade de reflexão crítica de acordo com a mais recente evidência científica. A segunda parte visa identificar uma problemática de estudo empírico cujos resultados tenham implicações na prática de Enfermagem especializada em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Concretamente é apresentado o trabalho de investigação que pretendeu avaliar o Conhecimento dos Enfermeiros Portugueses sobre a Metodologia ISBAR, que incorpora os respectivos resultados e propõe sugestões de melhoria das práticas com vista à segurança e qualidade dos Cuidados de Saúde prestados em Portugal. O presente estudo primário foi realizado a nível nacional em colaboração com a Ordem dos Enfermeiros (OE). Todo este percurso decorreu sob orientação científica e pedagógica da Professora Doutora Madalena Cunha.

A escolha do tema assentou em dois pontos. Primeiramente num sentimento por mim vivenciado ao longo deste percurso, visto que há preocupação de aprender e atualizar conhecimentos sobre as mais recentes técnicas, utilização de equipamentos cada vez mais diferenciados e atualizados e aqueles aspectos que vulgarmente associamos à formação base da

Enfermagem são descurados ou menos vezes atualizados. A escolha desta temática foi ainda promovida pelo facto de trabalhar num serviço de internamento e sentir que muitas vezes há perda de informação pertinente na transmissão da informação sobre o doente, o que pode comprometer o cuidado ao doente.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica deve ser reconhecido como uma referência do cuidado a pessoas em situação médica e/ou cirúrgica grave e complexa, decorrentes de doença crónica ou aguda (OE, 2018). Nesse sentido é imprescindível que o Enfermeiro Especialista procure a excelência no seu exercício profissional e promova a partilha do conhecimento adquirido. Esta busca incessante pela maximização da qualidade dos cuidados é reconhecida pela Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista no âmbito da pessoa em situação crítica, pelo que é imprescindível que todo este percurso de aprendizagem seja assente neste documento.

Uma vez que a praxis nestes contextos promove inúmeras oportunidades de aprendizagem é impreterível que o Enfermeiro ao ser confrontado com situações de enorme complexidade, seja capaz de mobilizar múltiplos conhecimentos e habilidades meticolosas enquanto, em simultaneamente controla e gere situações de stress. Deste modo entendo este percurso aqui explanado, como o trilho traçado com o intuito de prestar cuidados cada vez mais próximos do nível da excelência

**Parte I- Ensinos Clínicos em contexto de Urgência e Contexto de Cuidados
Intensivos**

1. Caracterização dos Campos de Estágio

1.1 Estágio em Urgência

O serviço de urgência é aquilo na que na gíria consideramos a porta do hospital, pois é lá que acontece, na maioria das vezes, o primeiro contacto com os doentes. É por isso um espaço de grande afluência de doentes e de diversidade de patologias, portanto torna-se uma área privilegiada para a decisão médica e prestação de cuidados de Enfermagem especializados.

De acordo com a rede de referência hospitalar de urgência/ emergência o SU onde decorreu o Ensino Clínico é classificado como um Serviço de Urgência Polivalente (DGS, 2001). Um Serviço de Urgência Polivalente (SUP), é considerado de nível dois uma vez que funciona como Urgência Médico-Cirúrgica para as respetivas áreas de influência, e com maior grau de diferenciação técnica, para o acolhimento de situações de urgência/emergência, referenciados no âmbito do Sistema de Emergência Médica. Os SUP devem estar localizadas nos Hospitais Gerais Centrais e perante determinadas circunstâncias (queimados, por exemplo), podem assumir-se como um SU de referência regional e mesmo nacional. (DGS, 2001).

O SU dos CHUC encontra-se no piso-1. Neste piso para além do SU encontram-se o serviço de Doenças Infeciosas e o Serviço de Imagiologia onde podemos encontrar entre outros, serviços de radiologia de intervenção cardíaca e cerebral. Alocado ao SU encontramos uma ala Cirúrgica que contempla três salas para especialidades (Ginecologia, Otorrinolaringologia e Nefrologia) e uma sala de cirurgia geral onde podemos encontrar médicos das diferentes especialidades cirúrgicas. Esta ala destina-se maioritariamente a doentes que permaneçam em macas e a região circundante contempla cadeirões para doentes independentes. Na ala cirúrgica encontramos ainda uma sala de pequena cirúrgica onde se preconiza a realização de tratamentos de feridas e execução de pequenas cirurgias. O SU contempla ainda uma grande área destinada a avaliação de especialidades médicas a AM2 e AM1, uma área de ortopedia, uma sala de altas, uma sala de emergência, a área de triagem que atualmente tem definidos três postos de triagem, uma sala de espera e uma área de admissão de doentes. É ainda parte integrante do SU a Unidade de Cuidados Intermédios Médicos (UCIM).

Quando um doente dá entrada no serviço de urgência deve passar pela admissão de doentes e ser encaminhado à área de triagem. Preconiza-se que o doente seja triado o mais breve possível. De acordo com Neves (2010) a triagem deve ocorrer num período máximo de 90 segundos, contudo em caso de grande afluência de utentes ao SU, num determinado momento, o número de utentes à espera para serem triados não deverá ultrapassar os dez e caso contrário é importante que o elemento da triagem requisite ajuda minimizando tempos de espera (Moreno & Rego, 2010). Após a concretização da triagem, pelo enfermeiro, a pessoa é alocada numa das áreas de atendimento, seguindo o circuito pré-estabelecido internamente tal como é estipulado pela norma nº 002/2015 de 06/03/2015, atualizada a 23/10/2015 da DGS (DGS, 2015a). Se o doente é triado como prioritário este pode ser alocado numa das três áreas principais para o atendimento dos utentes prioritários (área médica, área cirúrgica e área ortopédica) permitindo que os enfermeiros possam iniciar a sua observação numa área específica de especialidade, ou seja, a pessoa começa o seu estudo e abordagem clínica numa perspetiva mais próxima, para assim se chegar a uma decisão clínica, o mais precocemente possível. Atendendo ao contexto de urgência e emergência há situações, em que se o estado de saúde das vítimas o justificar, estas são admitidas de imediato na sala de emergência podendo passar ou não previamente pelo posto de triagem.

Embora quando se entre pela primeira vez no serviço de urgência este se pareça confuso e desorganizado, este sentimento desvanece quando estamos integrados. A organização do SU pode ser analisada por vários pontos dado que o serviço se encontra dividido por especialidades, mas há doentes que quando recorrem ao serviço de urgência necessitam da avaliação de várias especialidades e necessitam de ser transferidos dentro do SU pelas diversas áreas. Poderia pensar-se que seria mais benéfico haver uma área onde o doente estivesse permanentemente e o acompanhamento médico das diferentes especialidades fosse ao encontro do doente. Todavia atendendo à disposição física do serviço era impensável que uma organização diferente do serviço permitisse uma resposta médica e de Enfermagem capaz de dar resposta às especificidades das situações de urgência. Note-se que este SU em particular apresenta um elevado grau de procura de cuidados por parte da população que serve, e muitas vezes são detetadas “falsas” urgências ou má utilização dos recursos disponíveis, tornando-se logística e humanamente impossível realizar em tempo útil, um atendimento e prestação de cuidados eficientes.

1.2 Estágio em Cuidados Intensivos

Uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) é uma unidade hospitalar complexa, composta por sistemas de monitorização contínua que recebe doentes potencialmente graves ou descompensados, num ou mais sistemas orgânicos, que tem possibilidade de recuperar com suporte e tratamento intensivo (Feijó, 2020).

O internamento em UCI assume-se por norma como um período transitório para alguns dos doentes em risco de vida, pelo que é parte de um processo e não um fim em si. Esse processo inicia-se no local e no momento em que se encontrava o doente, quando foi vítima do acontecimento que lhe condicionou o risco de vida. Esse processo inclui o internamento em UCI, mas o que se passa antes desse internamento pode ter consequências decisivas na evolução e no prognóstico. Paralelamente as práticas e conhecimento que hoje se reconhecem como contributos da Medicina têm de ter continuidade após a alta da UCI, em conformidade com as características e necessidades de cada caso particular (Feijó, 2020).

Face às características e especificidades das unidades de medicina intensiva, no exercício da prática de Enfermagem em contexto de cuidados intensivos, os enfermeiros são confrontados com inúmeras situações de elevada complexidade, por vezes imprevisíveis, exigindo intervenções organizadas e sustentadas num conjunto de capacidades e competências de elevada exigência e rigor nos diferentes níveis da prestação de cuidados.

No caso particular, o ensino clínico decorreu numa unidade dedicada ao tratamento de doentes portadores do vírus SARS-CoV-2, de uma unidade hospitalar do Centro do país. Com criação desta unidade pretendeu-se conceber uma unidade afeta ao cuidado de doentes com patologia respiratória causada pelo vírus SARS-COV-2 que permita conceber condições de segurança para profissionais e doentes que necessitem de cuidados da especialidade de Medicina Intensiva. Esta unidade contempla uma sala com capacidade para 15 doentes e um conjunto de salas/estruturas físicas que permitem apoio ao funcionamento da unidade. Nesta unidade são admitidos todos os doentes com testagem positiva para SARS-COV-2, mas não é imperativo que este seja o único motivo de necessidade de cuidados. No decorrer do ensino clínico constatou-se que um grande número de doentes que tinha como principal motivo de admissão em unidade de cuidados intensivos doenças afetas a outros sistemas orgânicos que não o sistema respiratório. A grande casuística prende-se com vítimas de traumatismos

(Traumatismo Crânio-Encefálico e Politraumatizados) que testam positivo para a COVID-19 momentos antes de serem admitidas no Serviço de Medicina Intensiva.

Embora esta unidade seja recente e de carácter provisório dispõe dos meios técnicos e humanos para a prestação de cuidados diferenciados e permanentes à pessoa em estado crítico no âmbito das mais variadas patologias. Face à recente necessidade de reforçar os elementos das equipas de UCI, há um esforço para equilibrar a equipa multidisciplinar por forma a que elementos detentores de ampla experiência estejam em maioria face a elementos com menos experiência profissional neste contexto. Todavia são notórios os esforços da instituição para que no caso dos enfermeiros estes sejam detentores de Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica ou Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica A dotação de enfermeiros é adequada às necessidades de cuidados dos utentes (OE, 2011), privilegiando-se a metodologia de prestação de cuidados individuais, através do método de Enfermeiro Responsável, sendo que se preconiza que um enfermeiro preste cuidados, no máximo, a dois utentes dependendo da necessidade de cuidados identificada. Esta situação obriga a uma gestão diária dos elementos em funções.

2. Competências do Enfermeiro Especialista Adquiridas

O processo de aprendizagem só pode ser de sucesso se for construído de forma programada e sistematizada. Nesse sentido, no início de cada ensino clínico foi elaborado um projeto que se assumiu como um esboço que contemplava os objetivos definidos e as expectativas para a ação durante o período de ensino clínico. Uma vez que o projeto de ensino clínico orienta a aprendizagem e a reflexão para a ação, e, os objetivos do ensino clínico devem estabelecer aquilo que o estudante deverá ser capaz de saber e “saber fazer”, com vista ao sucesso deste processo foram estabelecidos diversos objetivos gerais para este percurso. A definição de objetivos foi crucial porque a sua superação pressupõe a aquisição de todas as competências específicas do Enfermeiro Especialista.

É impensável dissociar cada competência do Enfermeiro Especialista, dado que a prestação de cuidados aos doentes, em particular doentes em situação crítica pressupõe a abordagem holística da vítima e a mobilização de uma amalgama de conhecimento diferenciado.

A Ordem dos Enfermeiros, por meio dos artigos 2º e 3º do regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica define quais as competências específicas que serão desenvolvidas em termos de evidências de atividades realizadas (OE, 2018, p.19359). A oportunidade de integrar campos de estágios ricos em oportunidades de aprendizagem permitiu em cada situação em particular desenvolver e consolidar conhecimentos que refletem cada uma das competências do Enfermeiro Especialista apresentadas.

Neste capítulo, através das diferentes competências pretende-se demonstrar o percurso desenvolvido.

A. COMPETÊNCIA DO DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

Com a influência de Florence Nightingale a Enfermagem sofreu um processo de transformação. A arte do cuidar progrediu da dependência da vocação e da compaixão religiosa cedendo lugar à componente profissional com espaço cada vez maior para a competência e qualificação técnica dos enfermeiros agregando-se às reflexões éticas (Cunha & Sousa, 2016).

Visto que o cuidado de Enfermagem exige um nível de cuidados holístico, individualizado e personalizado é imperativo que a prestação de cuidados seja encarada como um processo multidisciplinar. É expectável que os cuidados de Enfermagem prestados à pessoa em situação crítica sejam “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida...” (OE, 2018, p. 19362).

Face às várias particularidades da vítima cuidada e do cuidador, a Enfermagem assume-se como profissão autorregulada pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (OE, 2015). No Código Deontológico do Enfermeiro encontram-se emanados os princípios éticos e deontológicos que fundamentam o exercício da profissão. No âmbito do domínio da Responsabilidade, Ética e Legal, configuram-se duas competências:

“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, 2018, p. 19362).

Nas atividades desenvolvidas ao longo deste percurso, mantive sempre os princípios éticos e legais que venho cimentando ao longo dos meus dez anos de exercício profissional, e desenvolvi as minhas práticas de Enfermagem diferenciada com vista ao superior interesse pelo respeito dos direitos humanos e as vontades individuais das vítimas em situação crítica.

Neste percurso, salientam-se dois momentos que foram potencializadores da emersão de questões éticas e que obrigaram à tomada de decisão em equipa, face ao plano terapêutico de um doente. Foi admitido no SU uma vítima de 100 anos. No momento de admissão na sala de emergência constatou-se que a vítima era até ao momento consciente, orientado e independente para as atividades de vida diárias. Como sintomatologia de AVC, apresentava

sintomas de início súbito como hemiplegia à esquerda, disartria e desvio da comissura labial. Face ao seu quadro sintomatológico, na triagem foi ativada via verde AVC.

Tal como preconiza a Direcção Geral de Saúde (DGS) na norma 015/2017 de 13/07/2017 com assunto Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto (VV do AVC), o principal objetivo da VV do AVC é conseguir que todos os doentes com AVC em fase aguda cheguem a um hospital de forma rápida e segura, tenham acesso a um diagnóstico precoce e a tratamento adequado dentro da janela terapêutica viável à sua recuperação (DGS, 2017a). Assim atendendo à norma supracitada a vítima foi avaliada, realizou precocemente TAC e confirmou-se necessidade de trombectomia mecânica que deveria ser realizada por profissionais altamente qualificados na unidade de neurorradiologia de intervenção.

Uma vez que a vítima tinha 100 anos, houve alguma indecisão quanto à realização do procedimento e foi analisada a situação em equipa por forma a haver tomada de decisão responsável. O cuidado ao doente levantou questões éticas como “para uma vítima de 100 anos justifica-se ativação da VV do AVC” ou “justifica-se um procedimento invasivo e utilização de recursos altamente diferenciados e dispendiosos numa vítima de 100 anos”, ou “será o tratamento invasivo mais benéfico do que um tratamento não invasivo, embora este seja menos favorável à possível recuperação?”

Tratando-se da vida humana, valor universal incalculável, é imperativo analisar a questão com base em princípios bioéticos salientando-se logo o princípio da beneficência. O princípio da beneficência prevê que o profissional tem o dever de ajudar o doente, promovendo o bem a seu favor. É imperativo reconhecer o valor do outro e maximizar o benefício dos procedimentos minimizando riscos e complicações dos mesmos (Koerich et al., 2005). O princípio da beneficência significa fazer o que é melhor para o paciente, não só do ponto de vista técnico-assistencial, mas também do ponto de vista ético. É usar todos os conhecimentos e habilidades profissionais a serviço do doente, considerando, na tomada de decisão, a minimização dos riscos e a maximização dos benefícios do procedimento. Percebe-se que o princípio da beneficência obriga o profissional de saúde a ir além da não maleficência (não causar danos intencionalmente) (Santiago & Carvalho, s.d). A beneficência requer ações positivas, isto é, é necessário que o profissional atue para beneficiar o seu doente ponderando benefícios versus riscos e/ou custos por forma a consolidar a avaliação da utilidade do ato.

A idade da vítima, um século de existência foi um dos pontos que mereceu análise. Se por um lado se poderia considerar que a vítima já estaria próxima do fim de vida e não se deveria submeter a uma intervenção deste foro, por outro lado ninguém poderia afirmar que o

facto de ser um centenário iria implicar menos sucesso do tratamento. À luz do princípio da justiça, princípio da bioética, quando se decidiu realizar o procedimento (trombectomia mecânica) agiu-se de acordo com as boas práticas. O princípio da justiça preconiza a distribuição correta e adequada de deveres e benefícios sociais. Entende-se, dessa forma, que os seres humanos são iguais desde seu nascimento, não lhes podendo ser negado qualquer tratamento ou assistência em função de nenhum tipo de discriminação seja esta de ordem social, racial ou outra (Santiago & Carvalho, s.d).

Após a tomada de decisão em equipa a vítima foi encaminhada à unidade de neurorradiologia de intervenção. No decorrer do procedimento constatou-se dificuldade em realizar o mesmo e verificou-se constante necessidade de administração de produto de contraste, o que tornou o procedimento mais arriscado e com maior propensão a complicações. Simultaneamente, os resultados das análises clínicas, previamente colhidas, ficaram disponíveis e eram evidentes alterações da função renal que certamente seriam agravadas pela utilização do produto de contraste assim como restante terapêutica inerente ao procedimento. Novamente, em equipa, houve necessidade de decisão quanto ao prolongamento da realização do procedimento ou suspensão do mesmo. Considerando todos os pressupostos éticos anteriormente enunciados e a recente informação do quadro clínico da vítima decidiu-se não prolongar a intervenção dado que era menos prejudicial para o doente, a suspensão da intervenção do que o seu prolongamento.

Outro momento que mereceu análise com base no conhecimento e respeito pelos princípios ético-legais prendeu-se com aspetos comunicacionais com a família de um doente. Contextualizando, um dos doentes internados nos cuidados intensivos encontrava-se sob sedação profunda e diariamente havia contacto de familiares para saber informações sobre o estado de saúde do paciente. Com o decorrer do internamento constatou-se que a equipa era alvo do contacto de diferentes elementos do seio familiar (mãe, irmã e ex-mulher do utente) e que a relação entre esses familiares não era propícia ao entendimento entre as partes. A determinada altura a ex-mulher, elemento que o doente enquanto se encontrava em estado vígil designou como contacto de referência, entra em contacto com o serviço para proibir a partilha de informações sobre o estado de saúde do doente com outros elementos da família. Face a esta situação a equipa de saúde ficou apreensiva com a não partilha de informação com a mãe e irmã do utente, mas atendendo que o doente tinha designado a ex-esposa como contacto de referência passaram a ser transmitidas as informações apenas a esse elemento.

Com o evoluir do internamento, o estado de saúde da vítima agravou e face à possibilidade de morte iminente foram partilhadas informações com a mãe do doente. Esta situação originou um dilema de foro ético-legal na medida em que o doente nomeou como contacto de referência a ex-mulher e esta solicitou a não partilha de informação de restante família. Todavia, a equipa entendeu que com a iminência da morte era imperativo preparar a mãe para esta situação, isto porque perante a incapacidade do doente para consentir a partilha de informação com a mãe, recorreu-se ao consentimento presumido. O consentimento presumido está contemplado no Código Penal Português e atesta que a pessoa consentia a ação se fosse detentor de capacidades e conhecimento das circunstâncias que revestem a tomada de decisão (Peres, 2017). Uma vez que há informação de relação de proximidade da mãe com o utente era espectável que o filho permitisse a transmissão de informação à sua mãe. Esta tomada de decisão poderá ainda ser fundamentada com a necessidade de preparar a família para a morte e dar assim início ao processo de comunicação de más notícias.

No âmbito da ética e da deontologia nunca haverá decisões plenamente acertadas ou completamente erradas, mas os enfermeiros, em particular os enfermeiros especialistas devem ser detentores de capacidade reflexiva e espírito crítico que quando associados ao código deontológico da profissão, aos princípios da bioética e às leis vigentes lhe permitam tomar a decisão que lhe pareça ser mais respeitosa da dignidade do doente.

Como futura enfermeira especialista pude participar no processo de tomada de decisão da equipa multidisciplinar, e concordo com o modo como ambas as situações foram geridas. Entendo que estas situações permitiram a mobilização de saberes do foro bioético e legal que promovem a tomada de decisão consciente e devem orientar o enfermeiro no processo de cuidar. Embora na maioria das situações o poder de decisão seja detido pelo médico responsável pelo doente, entendo que é fundamental que as decisões sejam tomadas em equipa, uma vez que quando surgem estes dilemas éticos a discussão deve ser mais abrangente. Neste sentido o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica é também importante para a tomada de decisão.

Sendo detentor de conhecimento, capacidades e competências diferenciadas, ao Enfermeiro Especialista é reconhecida uma panóplia de ferramentas que permitem uma avaliação exemplar de questões ético-legais. Paralelamente é normalmente o enfermeiro em coordenação de equipa que está em posição de representar os pares e os enfermeiros são por excelência os profissionais que desenvolvem a avaliação inicial do doente, percebendo quais as suas limitações ou capacidades para a realização das atividades de vida diária.

Toda a ação do Enfermeiro, independentemente do contexto em que está inserida, deve ser revestida de assertividade e acompanhada de postura irrepreensível no que concerne ao respeito pelas *legis artis*. Paralelamente é fulcral que a tomada de decisão seja fundamentada e eticamente irrepreensível. A decisão aceitável deverá ser aquela que o doente escolheria de acordo com a sua dimensão, se fosse detentor de capacidade para escolher, e não a decisão que o profissional entende como sendo a mais correta para si (Silva, 2013).

B. COMPETÊNCIA DO DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS (papel dinamizador de estratégias institucionais promotoras de programas de melhoria contínua da qualidade e segurança do doente)

O regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista preconiza, no âmbito do domínio da gestão dos cuidados, três competências:

“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” (Portugal, Regulamento nº 140/2019, p. 4745).

Desde os primórdios da Enfermagem que há uma preocupação com o modo como os cuidados são prestados e de que forma pode ser potencializada a qualidade e a segurança dos cuidados prestados por Enfermeiros (Silva, 2013).

Conhecer o trabalho desenvolvido por enfermeiros pressupõe a compreensão daquilo que o enfermeiro faz, do modo como o enfermeiro o faz e em que condições pessoais e institucionais desenvolve o seu exercício profissional (Peres, 2017). A Ordem dos Enfermeiros, entende o exercício profissional como um contributo fulcral para um sistema de melhoria contínua da qualidade. A mesma instituição advoga que um sistema de melhoria de qualidade só é de viável implementação se seguir a orientação dos diversos padrões de qualidade que estão implícitos na satisfação do doente, na promoção da saúde, na prevenção de complicações, no bem-estar e no autocuidado dos doentes, na readaptação funcional e própria organização da dinâmica dos serviços de Enfermagem (OE, 2011).

A instituição onde decorreram os ensinamentos clínicos tal como as restantes instituições nacionais tem desenvolvido esforços e aplicado cada vez mais recursos no controlo e planeamento de programas de melhoria da qualidade com vista à melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados. A melhoria da qualidade contínua compreende a análise e revisão das práticas no que respeita aos seus resultados e, a partir dos quais, se implementam programas de melhoria contínua, como preconizado no regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (Portugal, Regulamento nº 140/2019).

Durante este percurso, na procura contínua da melhoria e prestação de cuidados de excelência foi proposta a análise de possíveis situações alvo de melhoria. Sendo o SU um serviço a que os doentes recorrem em busca de cuidados urgentes e emergentes há uma exigência de conhecimento para atuação na situação crítica com necessidade de intervenção altamente diferenciada. Esta necessidade de rigor e especificidade leva a que muitas vezes, procedimentos considerados básicos sejam descurados em detrimento de outros mais específicos e diferenciados. Considerando este facto e a heterogeneidade da equipa do serviço de urgência tornou-se pertinente o desenvolvimento de um projeto de melhoria ao nível de um procedimento de nível fundamental como é o caso do Cateterismo Nasogástrico (cf. Apêndice I). A selecção desta temática foi ainda fundamentada na observação da atuação dos senhores enfermeiros do SU. Não havendo uma uniformização do procedimento era imperativo implementar uma medida corretiva com vista à prestação de cuidados de excelência de modo equitativo.

Todo o doente que é admitido no SU deve ser submetido a cuidados de excelência. O rigor e a segurança na execução do procedimento não poderão ficar em risco de serem comprometidos pelo nível de desenvolvimento profissional do enfermeiro. Na prática, é perceptível que os enfermeiros não são todos iguais, mas ao trabalharem no mesmo serviço devem todos seguir os mesmos parâmetros.

Patrícia Benner (2001) desenvolveu um modelo de aquisição de competências em que identificou cinco níveis de competências na prática clínica de Enfermagem: iniciado, avançado, competente, proficiente e perito. De acordo com a mesma autora, para a aquisição e o desenvolvimento de uma competência, o indivíduo passa por cinco níveis sucessivos de proficiência que são o reflexo de mudanças. Este é um processo dinâmico aprimorado e aprofundado com a experiência pelo que todos têm o dever de contribuir com os seus saberes para gerir soluções de melhoria da qualidade e promover a progressão de todos os elementos da equipa nos níveis de competência da prática.

Neste sentido e de acordo com o emanado no Código Deontológico do Enfermeiro e no Regulamento do Exercício para a Prática de Enfermagem (REPE) todo o enfermeiro detentor de conhecimento mais atualizado e diferenciado tem o dever de o partilhar com os seus pares e proceder à realização de ensinamentos ambicionando promover a melhoria da segurança e qualidade dos cuidados de saúde prestados.

A escolha desta temática revestiu-se de enorme pertinência porque toda a evidência científica e experiência na prática permitiram constatar que há divergência na realização do procedimento e nem sempre são cumpridos requisitos básicos. Aspectos como a avaliação da correta posição da SNG são por vezes negligenciados ou não são efectuados de acordo com a mais recente evidência científica, o que poderá comprometer a segurança dos utentes.

Durante o ensino clínico no serviço de urgência, foi identificado outro foco alvo de possível melhoria e este prende-se com os aspetos comunicacionais. Em contexto de sala de emergência em que há uma necessidade de atuação rápida e precisa, aspetos do foro comunicacional são por vezes desvalorizados. Esta situação é notória também nas outras áreas do SU. Por vezes a afluência ao serviço e a solicitação constante de cuidados obriga à redefinição de prioridades constantemente e a comunicação entre os pares tem de ser eficaz para não ficar comprometida. A evidência científica demonstra que uma comunicação eficaz entre profissionais permite diminuir situações de redundância, poupar tempo, aumentar a segurança do doente e a satisfação da equipa (Martin & Ciurzynski, 2015).

A Direcção Geral da Saúde (2017b) entende que a comunicação é eficaz quando no decorrer da transferência de informação entre enfermeiros, esta pode ser qualificada como apropriada, oportuna, explícita, concreta. Sabe-se que a comunicação segura é um imperativo maior para a prestação de cuidados porque dela dependem a segurança dos cuidados e, há uma grande preocupação por parte de identidades competentes para a melhorar. As orientações mais recentes do European Resuscitation Council Guidelines: Adult advanced life support reforçam a necessidade de promover uma comunicação segura ao recomendar que as equipas hospitalares deve usar ferramentas de comunicação estruturadas para garantir a transferência eficaz de informações, em momentos críticos (Soar et al., 2021).

Em Portugal, esta temática também tem sido progressivamente trabalhada e legislada. Recentemente, foi aprovado o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015 - 2020 (PNSD). O despacho correspondente enfatiza que a qualidade na saúde assenta na pertinência dos cuidados, na sua segurança, na sua aceitabilidade e acessibilidade e na sua prestação no

momento oportuno. Em simultâneo, reforça que a segurança do doente assenta ainda na garantia da continuidade dos cuidados, na sua eficiência e na sua efetividade (Portugal, Despacho nº 1400-A/2015)

É neste sentido, que tendo em conta a importância de uma comunicação eficaz na transição dos cuidados e na segurança do doente, constante no segundo ponto do PNSD que a DGS emitiu em 2017 a Norma 001/2017: Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde. A norma supracitada tem como principal objetivo a uniformização de boas práticas garantindo uma comunicação eficaz entre profissionais de saúde, acerca da transição de cuidados de saúde dos doentes, garantindo uma comunicação precisa e oportuna de informações de modo que possíveis erros e lacunas sejam mitigados, diminuindo, deste modo, a mortalidade dos doentes (DGS, 2017b).

Atentando à mais recente evidência científica e à norma da DGS que avança a técnica ISBAR como a ferramenta de padronização de comunicação em situações de transição de cuidados, considerou-se pertinente realizar formação nos enfermeiros do SU sobre esta temática. Face ao contexto pandémico, realizar formação de serviço em modo presencial, garantindo a segurança dos intervenientes, era um processo complexo. A alternativa seria realizar a formação em modo online mas era expectável que a aderência da equipa fosse menor, comparativamente com a formação presencial, pelo que optou-se por preparar toda a formação mas só executá-la quando estivessem reunidas todas as condições de segurança. Por mútuo acordo com o enfermeiro Tutor, decidiu-se que quando o serviço conseguir assegurar as condições propícias esta formação será apresentada no âmbito de formação em serviço.

No segundo módulo do Ensino Clínico, em contexto de cuidados intensivos não foi solicitado qualquer projeto de melhoria, mas como futura especialista entendi que era pertinente identificar uma área de ação que fosse possível de melhorar no contexto onde decorreu o ensino clínico e partilhar conhecimentos sobre essa mesma temática com a equipa, com vista à uniformização dos cuidados.

Sendo esta Unidade de Cuidados Intensivos uma unidade de carácter provisório, criada para prestar cuidados ao doente com Covid-19, foi dotada de profissionais altamente qualificados que exercem as suas funções com base na mais recente evidência científica e como tal poucos são os aspectos de possível melhoria. Porém, pude constatar que nesta unidade o procedimento de higienização da cavidade oral poderia ser otimizado na medida em que se recorre à higienização da boca com solução de Cloridrato de Benzidamina (0,15g por cada

100ml [Tantum Verde]) quando a mais recente evidência científica recomenda a utilização de solução de clorexidina (Serra et al., 2020; Santiago et al., 2019; Souza et al., 2013). Os próprios cuidados de higiene oral são prestados de acordo com a destreza do profissional e próprio à vontade no manuseamento do tubo endotraqueal não seguindo um protocolo de higienização.

A identificação desta temática como foco de possível melhoria resulta da minha avaliação enquanto aluna e da preocupação manifestada pelo Enfermeiro Tutor no sentido de se minimizar a probabilidade de ocorrência de pneumonia no doente ventilado.

O doente submetido a ventilação mecânica está mais propenso ao desenvolvimento de infecção nosocomial, em particular infecção respiratória. Esta propensão é potencializada pela condição imunológica do doente (diminuição das defesas do doente), risco aumentado de ver as vias aéreas inoculadas com equipamentos e matérias possivelmente contaminados assim como a exposição a agentes microbianos mais agressivos e resistentes que são encontrados no ambiente hospitalar e particularmente nas unidades de cuidados intensivos (Elias et al., 2020).

A pneumonia define-se como sendo uma infecção que ocorre no parênquima pulmonar, afetando bronquíolos e alvéolos pulmonares com conseqüente compromisso das trocas gasosas (Santiago et al., 2019). Quando o doente está ventilado e desenvolve pneumonia esta condição poderá denominar-se de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM). Para assumir esta designação, a infecção respiratória deverá estar associada ao uso do tubo endotraqueal num período igual ou superior a 48 horas e poderá ser considerada nas 48 horas seguintes à extubação (Coelho & Cunha, 2020; Elias et al., 2020; Santiago et al., 2019; Souza et al., 2013).

A incidência de PAVM nas unidades de cuidados intensivos é preocupante. Nos Estados Unidos da América estima-se que a incidência de casos PAVM seja de 5 a 10 casos de infecção por cada 1000 dias submetidos a ventilação mecânica (Maier et al., 2020). Em Portugal, a incidência de PAVM é inferior à média da união europeia mas estima-se que a incidência seja de 7,2 (Coelho & Cunha, 2020). Constata-se que a PAVM é uma das infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS) que mais atenção merece por parte dos profissionais de saúde dado que se assume como uma preocupante complicação no âmbito dos cuidados intensivos e é responsável pelo prolongamento do período de internamento em cuidados intensivos (Coelho & Cunha, 2020; Elias et al., 2020; Maier et al., 2020).

Face ao risco de desenvolver uma IACS e à condição de doente entubado estes doentes assumem-se como doentes críticos e por tal é imperativo que os enfermeiros e restantes elementos da equipa de saúde sejam detentores de conhecimentos técnicos e científicos para

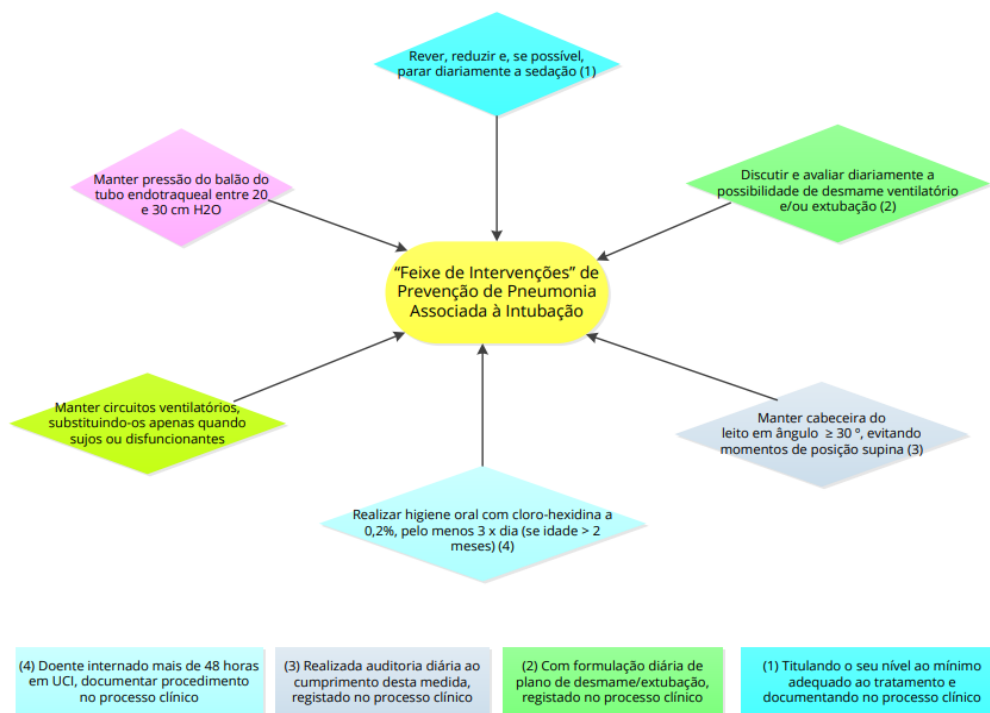
que estes doentes sejam alvo de cuidados revestidos de um elevado nível de excelência e segurança.

Embora nem todas as IACS possam ser evitáveis, constata-se na bibliografia consultada que há um conjunto de medidas preventivas que podem ser implementadas com vista à minimização da sua incidência (Elias et al., 2020). É desafiador saber identificar todas as medidas preventivas da ocorrência de IACS, em particular da PAVM, todavia há aspectos comuns identificados na mais recente evidência científica. Serra et al. (2020) no artigo “bundle de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica: revisão integrativa” apresentam o termo “bundle”, desenvolvido em 2001 pelo Institute for Healthcare Improvement, como sendo um conjunto de procedimentos ou ações que visem a melhoria dos cuidados conferindo-lhe confiabilidade (Serra et al., 2020). Os mesmos autores consideram que o “bundle” para a prevenção de PAVM deve encorpar quatro componentes basilares: a elevação da cabeceira num ângulo compreendido entre os 30 e 45 graus, a interrupção diária da sedação com respetiva avaliação diária das condições de extubação, profilaxia de úlcera péptica e profilaxia de trombose venosa profunda. (Serra et al., 2020; Souza et al., 2013)

Por seu turno, a Direcção Geral de Saúde, na norma 021/2015 com assunto feixes de Intervenção de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação apresenta a proposta conjunta do Departamento da Qualidade na Saúde e do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos que traduz “Bundles” em feixes” e defende que estes consistem num “conjunto de intervenções (geralmente 3 a 5) que, quando agrupadas e implementadas de forma integrada, promovem melhor resultado, com maior impacto do que a mera adição do efeito de cada uma das intervenções individualmente” (DGS, 2015b, pg. 5).

A implementação dos feixes de intervenção identificados na norma objetiva assegurar que todos os doentes recebam tratamentos e cuidados recomendados e baseados na mais recente evidência científica. Face à sua pertinência são apresentados de seguida:

Fig. 1- Feixes de Intervenções de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação



Fonte: Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2015b). Norma 022/ 2015: *Feixe de Intervenções de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central*. DGS. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n0222015-de-16122015-pdf1.as>

Constata-se que são parte integrante destes feixes de acção os cuidados com a higiene oral. A norma supracitada defende que os Enfermeiros devem prestar cuidados inerentes à higienização oral do doente ventilado. A higiene oral apresenta-se assim como foco que merece atenção dos Enfermeiros. A norma da DGS advoga que a higienização da cavidade oral deve ser realizada com solução de clorexidina a 0,2% e realizada com uma frequência de três vezes ao dia, mas não discrimina se deve ser executada técnica de escovagem ou bochecho na cavidade oral (DGS, 2015b).

A evidencia científica tem-se debruçado sobre a temática em causa, mas não há grande consenso na bibliografia consultada. É evidente a disparidade sobre o modo como é executada e quais os recursos utilizados na higiene oral. Apesar da disparidade todos os estudos são unânimes ao afirmar que independentemente dos recursos e metodologia utilizada (uso de bochechos orais e escovação dentária) todos os métodos preventivos utilizados na higiene oral

são efetivos na redução da colonização e respetiva incidência de agentes patogénicos na cavidade oral (Zanei et al., 2016).

Zanei et al. (2016) na sua obra afirmam que a utilização da clorexidina na higiene oral é mais importante que escovar os dentes, contudo os mesmos autores afirmam que a ação das soluções utilizadas na higiene oral pode ficar comprometida perante a placa de biofilme existente na boca. Atendendo a esta realidade, é espectável que se promova a higiene oral com recurso à clorexidina e à escova dos dentes por forma a associar um processo químico e mecânico à higienização da boca.

Várias são as técnicas apresentadas pela medicina dentária para auxiliarem a higiene oral, contudo há uma técnica que se evidencia como sendo aquela que pode ser aplicada à maioria da população, a Técnica de Bass Modificada. A técnica de Bass Modificada permite a remoção mais efetiva da placa bacteriana, principalmente a nível gengival. Por forma a ser executada corretamente a escova deve ser posicionada num ângulo de 45 graus em relação à gengiva, deve pressionar-se suavemente e realizar movimentos vibratórios curtos, seguidos de movimento vertical de varredura em direção às pontas dos dentes, nas faces voltadas para a bochecha, nas faces internas, e nas faces de mastigação de cada dente (Alamo-Palomino & Mendoza-Lupuche, 2014).

Pela condição de doente entubado, a maioria dos doentes encontra-se sob sedação e analgesia o que não permite a colaboração do doente no momento da higiene oral. Associado à não colaboração do doente surgem diversos constrangimentos pela utilização de escova dentária pelo que o Enfermeiro deve fazer uso de outros recursos que promovam a qualidade da higiene oral, mas não comprometam a segurança dos doentes.

Saddki et al. (2017) recomendam a higiene oral com recurso a métodos que promovam a remoção de detritos e de placa bacteriana. Desses recursos destacam-se a utilização de cotonetes de algodão ou esponjas, mas particularmente escovas que permitam a sucção da solução utilizada para a higiene oral.

No contexto específico onde decorreu o ensino clínico estão disponíveis e são utilizadas recorrentemente esponjas com sistema de aspiração que permitem substituir a escova dos doentes e associar a sucção dos produtos resultantes da higiene evitando que estes conteúdos migrem para outros locais como a árvore brônquica.

Como se constata a correta higienização oral é uma das estratégias definidas pela DGS como sendo de enorme importância para a prevenção da pneumonia associada à ventilação

mecânica pelo que é imperativo que todos os intervenientes no processo de cuidar do doente executem esta intervenção com base na mais recente evidência científica. Foi nesse sentido que foi criado um documento que após a respetiva validação pode ser aplicado como protocolo na unidade de cuidados intensivos (cf. Apêndice II).

É imperativo ressaltar que como nesta unidade todos os doentes estão diagnosticados com COVID-19, há uma necessidade de cuidados reforçados com o controlo de infeção por forma a que não seja potencializado um agravamento da condição da infeção respiratória dado que esta patologia compromete em muito a função pulmonar do doente.

Pautando-se o exercício do Enfermeiro Especialista como altamente completo, diferenciado e complexo, como futura especialista foi sempre uma preocupação constante a pesquisa e o cumprimento de todos os protocolos de atuação existentes em cada um dos serviços por onde tive o privilégio de passar.

C. COMPETÊNCIA DO DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS (papel de gestão e liderança dos recursos e da equipa)

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, uma das responsabilidades do enfermeiro especialista é a gestão dos cuidados, não apenas no que lhe compete especificamente ao seu trabalho individual, mas também ao trabalho delegado (OE, 2018)

O artigo 7º do Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019, que regula as competências do enfermeiro especialista na área da gestão, especifica as seguintes competências: Gerir os cuidados de Enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde e adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (Portugal, Regulamento nº 140/2019).

Assim o papel do enfermeiro especialista, para além da gestão dos seus cuidados passa pela disponibilização para a assessoria aos restantes enfermeiros, bem como ao enfermeiro chefe, caso necessário. Consta-se que o enfermeiro especialista se assume como uma ponte entre os vários intervenientes da equipa multidisciplinar, colaborando nas decisões em equipa e negociando soluções e intervenções. Por tal é previsto que o enfermeiro especialista faça uma gestão adequada dos cuidados, de forma a otimizar a resposta da equipa de Enfermagem em

plena articulação com equipa multiprofissional, como forma de garantir a segurança e a qualidade das tarefas confiadas (OE, 2018).

Durante esta jornada vários foram os momentos de aprendizagem principalmente no que concerne à gestão de recursos humanos e materiais. Estas oportunidades só foram possíveis porque o SU onde decorreu o estágio, assume a particularidade de em cada uma das suas áreas existir um enfermeiro especialista que assume funções de responsável de área naquele turno. Ao enfermeiro responsável estão inerentes funções de organização da área, desde garantir a limpeza da área, avaliação de que doentes ficam sentados ou em maca ou agilizar a rápida realização de exames complementares de diagnóstico. O enfermeiro especialista é o elemento que é responsável por garantir a existência de material para as necessidades. É ainda responsabilidade deste elemento perceber se a afluência de doentes naquela área é elevada e informar o enfermeiro coordenador de turno, também ele especialista, da necessidade de reforçar a equipa por forma a dar resposta às necessidades identificadas.

Em contexto de Cuidados Intensivos, por força da necessidade de criação de circuitos exclusivos para doentes com COVID-19 esta Unidade de Cuidados Intensivos apresenta uma estruturação e organização diferente da maioria das Unidades Hospitalares. Obedecendo ao princípio da manutenção de circuitos isolados, há necessidade de existir um elemento de Enfermagem a assumir funções de coordenação de unidade numa zona limpa, que permita contactos com o exterior da unidade e um enfermeiro coordenador dentro da própria unidade (junto dos doentes) que coordena toda a ação dentro da sala e articula a coordenação com o enfermeiro que está na área comum do doente. Percebe-se pela dinâmica que, há sempre dois enfermeiros a assumir funções de coordenação de turno. Como o horário de trabalho decorre em turnos de 12 horas, as equipas por condições de segurança funcionam em regime de espelho, prevendo-se a troca a cada 3 horas, pelo que os enfermeiros de coordenação se revezam entre si nesses períodos. Tal como é preconizado pela Ordem dos Enfermeiros constatou-se que na unidade em causa, o enfermeiro que assume funções de coordenação de turno é um enfermeiro especialista e os rácios de enfermeiros especialistas na Unidade de Cuidados Intensivos são cumpridos independentemente do vínculo profissional, isto é, embora a maioria dos Enfermeiros não seja Enfermeiro Especialista de Categoria profissional é detentor de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (OE, 2018).

Simultaneamente com a gestão de bens, equipamentos e recursos o enfermeiro em função de coordenação é responsável pela distribuição dos doentes pelos enfermeiros de turno. Como a unidade assume características particulares, a alocação de enfermeiros a doentes

depende de vários fatores. Durante o período em que acompanhei o Enfermeiro Tutor e assumi funções de coordenação com supervisão, não constatei que estivesse implementado no serviço o cálculo de carga de cuidados por enfermeiro com base em alguma grelha ou norma. Constatei sim que sempre que os recursos humanos o permitem se obedece ao rácio de 1 doente por 1 enfermeiro. Entendo que esta situação poderia ser otimizada se fosse implementada a escala de *Therapeutic Intervention Scoring System (TISS)*. TISS é um dos sistemas de classificação de doentes que é aplicado como instrumentos de gestão em Unidades de Cuidados Intensivos (Tranquitelli & Padilha, 2007). Foi criado em 1974 mas pelas dificuldades de aplicação posteriormente foi otimizado e foi apresentado o TISS 28.

O TISS 28 pretende simplificar o processo de classificação dos doentes. É um índice que permite relacionar intervalos de gravidade do quadro do doente crítico com sua sobrevivência e avaliar a carga de trabalho realizado pela equipa de Enfermagem. Baseia-se na premissa de que, independente do diagnóstico, quanto mais procedimentos e intervenções, o doente recebe, maior a gravidade da doença e, conseqüentemente, maior tempo despendido pela Enfermagem para tal atendimento (Tranquitelli & Padilha, 2007).

O TISS 28 é assim denominado porque contempla na sua composição 28 itens, subdivididos em sete categorias de intervenção terapêutica. A pontuação obtida através da aplicação deste instrumento permite estimar as intervenções mediante a gravidade da situação do doente, assim como avaliar e dimensionar a carga de trabalho de Enfermagem na UCI. Assume-se que por cada ponto obtido se consomem cerca de 10,6 minutos de tempo de trabalho de um enfermeiro na assistência a um doente crítico. Cada item do TISS-28 é pontuado tendo em conta a tabela que se apresenta de seguida:

Tabela 1 - Escala de *Therapeutic Intervention Scoring System (TISS*

Tiss-28	Pontos Classificáveis
Atividades básicas	
Monitorização básica - Sinais vitais horários, cálculo e registo do balanço hídrico.	5
Análises - testes bioquímicos ou microbiológicos, incluindo gasometrias.	1
Medicação única - Qualquer tipo de medicamento administrado EV ou por SNG	2
Medicação múltipla EV- mais de um fármaco, em bólus ou perfusão contínua	3
Mudança roupa simples - Cuidados e prevenção de decúbito e mudança diária de pensos	1
Mudança roupa complexa - Pensos frequentes e/ou cuidados importantes a feridas.	1
Drenagens - Qualquer tipo de drenagens exceto sonda nasogástrica	3
Suporte respiratório	
Ventilação artificial - Qualquer forma de ventilação mecânica/assistida, com ou sem PEEP, com ou sem relaxantes musculares.	5
Suporte ventilatório - Respiração espontânea por tubo endotraqueal ou traqueostomia com suplementação de oxigénio.	2
Cuidados de via aérea - Tubo endotraqueal ou traqueostomia.	1
Medidas suporte função pulmonar- Fisioterapia respiratória, espirometria incentiva, terapêutica inalatória, aspiração endotraqueal sem tubo traqueal ou traqueostomia	1
Suporte cardiovascular	
Fármaco vasoativo único - Qualquer fármaco vasoativo em perfusão contínua EV	3
Fármacos vasoativos múltiplos - Mais de um fármaco vasoativo em perfusão contínua EV independentemente do tipo ou da dose	4
Substituição de volume - Substituição EV de grande quantidade de perdas de fluidos (>3l/m ² /dia aproximadamente>4.5L/dia), independentemente do tipo de fluido administrado.	4
Linha arterial periférica	5
Monitorização hemodinâmica - Cateter de Swan-Ganz, com ou sem medição do débito cardíaco	8
Cateter venoso central	2
Ressuscitação cardiotoraxiária - Nas 24 horas precedentes	3
Suporte renal	
Técnicas dialíticas	3
Monitorização débito urinário - Através de cateter urinário	2
Diurese forçada - Diurese ativa (por exemplo furosemida) associado com sobrecarga hídrica	3
Suporte neurológico	
Monitorização da Pressão intracraniana	4
Suporte metabólico	
Tratamento alcalose/acidose metabólica complicada	4
Alimentação parentérica	3
Alimentação por SNG	2
Intervenções específicas	
Intervenção específica única na UCI- Tal como entubação endotraqueal, pacemaker, cardioversão, endoscopias, cirurgia de urgência nas 24 horas precedentes, lavagem gástrica	3
Intervenção específica múltiplas UCI- Mais de uma das precedentes	5
Intervenções específicas fora da UCI- Procedimentos diagnósticos ou cirurgia	5

Notas:

1-“Medicação e.v. múltipla” exclui “Medicação e.v. única”

2-“Ventilação mecânica” exclui “Suporte ventilatório”

Fonte: Catalão, M. (2016) avaliação da carga de trabalho de enfermagem na unidade de cuidados intensivos Dr. Emílio Moreira em Portalegre [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Portalegre.

Em Portugal, o TISS-28 é um instrumento amplamente disponível. A Direção Geral de Saúde entende o TISS-28 como critério de valor na avaliação da qualidade das Unidades de Cuidados Intensivos (DGS, 2003). Assume elevada significância como instrumento de gestão dos recursos de Enfermagem porque considera a especificidade de cada doente em relação à gravidade e permite uma comparação de carga de trabalho entre cada doente ou grupo de doentes, e tem uma fácil e rápida aplicabilidade, necessitando de poucos recursos para a sua implementação (Catalão, 2016).

Tal como os restantes, este método de avaliação da carga de trabalho também tem limitações, contudo, é um método de avaliação da carga de trabalho fiável, pois considera a especificidade de cada doente em relação à gravidade e permite uma comparação de carga de trabalho entre cada doente ou grupo de doentes; e é de fácil e rápida aplicabilidade.

Pelas particularidades específicas de cada um dos campos de estágio, foi possível contactar com diferentes níveis e exigências na gestão de cuidados e unidades pelo que entendo que esta experiência teve tanto de desafiante como de superação. Tenho a noção de que a gestão de cuidados não é uma tarefa fácil, mas o espírito de equipa, aliado a uma competente, e disponível gestão, permite que se atinjam com sucesso cuidados de excelência.

D. COMPETÊNCIAS DO DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

A Enfermagem registou no decorrer dos últimos anos, uma evolução, quer ao nível da respetiva formação de base, quer ao nível da complexificação e dignificação do seu exercício profissional (Cunha & Sousa, 2016). Desta forma, importa reconhecer o papel do enfermeiro no âmbito da comunidade científica de saúde no que concerne à qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde.

O enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de Enfermagem gerais, cuidados de Enfermagem especializados na área da sua especialidade. De acordo com o REPE este é o profissional que assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e problemas de saúde (OE, 2015).

O saber especializado em Enfermagem implica um conhecimento aprofundado sobre a pessoa que é cuidada e do próprio profissional. É imprescindível que o profissional reconheça o seu percurso e promova uma postura crítica e reflexiva da sua prática clínica baseada na evidência científica.

A Ordem dos Enfermeiros entende o ato de cuidar como um desafio que todo o Enfermeiro deve superar diariamente, com a busca da excelência no exercício profissional. Inerente à excelência dos cuidados está a necessidade de atualização contínua dos conhecimentos e a formação permanente e aprofundada das ciências humanas (OE, 2015).

Todo o percurso académico e profissional desenvolvido até então prova a vontade e a motivação de ser melhor profissional. Tal como espectável o desenvolvimento de competências técnicas e científicas inerentes à prática especializada é um desafio constante. Desafio este que

se tem revestido de mais alegrias do que frustrações. Entendo que a evolução positiva que esta formação especializada proporcionou deve-se em muito à minha postura de disponibilidade e motivação constante para a aprendizagem, evolução e melhoria das práticas.

Percebo que a formação que agora se conclui é deveras enriquecedora quer para os campos de estágio onde decorreu o ensino clínico, quer para o meu contexto laboral na medida que as vivências experienciadas em diferentes contextos, permitem o intercâmbio de práticas e experiências enriquecedoras a todos.

Esta aquisição de conhecimentos partilhada é essencial e pode ser explicada através da Teoria de Barbara Carper. Barbara Carper identificou quatro padrões de conhecimento em Enfermagem fulcrais para o desenvolvimento das competências do Enfermeiro, são eles: o padrão empírico, o padrão estético, o padrão ético e o padrão pessoal (Cestari, 2003).

O padrão empírico ou a ciência da Enfermagem comporta os conhecimentos transmitidos pela academia, diz respeito ao estado de arte e aos conhecimentos sobre as ciências da saúde. Assume-se como o conhecimento que pode ser testado e verificado. Caracteriza-se como objetivo e facilmente questionável pela aplicação das leis da ciência (Cestari, 2003).

O padrão estético corresponde à arte da Enfermagem que é expressiva, subjetiva, e se torna visível na ação de cuidar. Uma visão ampliada do conceito de arte coloca em questão as experiências da Enfermagem que podem ser denominadas estéticas, incluindo o processo criativo de descoberta no conhecimento empírico. Isto porque o conhecimento estético está relacionado com o “saber como” que permite trabalhar com os fenómenos não quantificáveis e com o que não pode ser explicado por leis e teorias. A intuição, a interpretação, a compreensão e o valor constituem os componentes centrais da estética e são capacidades que são desenvolvidas com a experiência profissional (Cestari, 2003).

O padrão ético implica mais do que conhecer o código de ética profissional. No quotidiano, os enfermeiros precisam estabelecer objetivos e realizar intervenções adequadas às necessidades dos doentes, o que implica uma escolha (Cestari, 2003). A tomada de decisão sobre o que é apropriado à situação, sobre o que é benéfico e não maleficiente é um dos maiores desafios e deve desenvolver todos os tipos de conhecimento.

O padrão pessoal é mais endógeno. Implica o conhecimento do “eu” e a sensibilização sobre o que pode ser apreendido. Trata-se do conhecer o outro através de si próprio e da autenticidade dos relacionamentos e capacidade de estar disponível para os outros. Implica um desenvolvimento pessoal (Cestari, 2003).

Percebe-se deste modo que o aprimorar da competência de desenvolvimento profissional está em muito dependente da avaliação que todo o indivíduo faz de si próprio, dos seus objetivos e motivações assim como do caminho que define para si com vista à excelência da prática profissional. Pode assim afirmar-se que os quatro padrões de conhecimento apresentados são fundamentais para compreender o processo de desenvolvimento profissional, mas são de impossível dissociação na medida que se influenciam entre si.

Esta teoria é ainda importante para a prática porque permite a esquematização dos conhecimentos e orientar os enfermeiros para o tipo de conhecimentos que tem de desenvolver para assumir uma prática de excelência.

E- COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Uma vez que o enfermeiro especialista se assume como um enfermeiro detentor de competências especializadas, os contextos onde a aquisição das suas competências é potencializada são todos aqueles em que o doente crítico é o alvo dos cuidados.

Inerente ao desenvolvimento de competências está a necessidade de aceder e conhecer a evidência científica que suporta o cuidado à pessoa em situação crítica. Para isso, ao longo do ensino clínico fui desenvolvendo as pesquisas bibliográficas, à medida das minhas necessidades, com recurso aos motores de busca disponibilizados pela ESSV. A revisão da literatura possibilitou-me a fundamentação das atividades realizadas em ensino clínico e cimentou a relevância de uma prestação de cuidados baseada na evidência sempre com vista à antecipação de possíveis complicações e agravamento da situação clínica. Simultaneamente, tornou-se imprescindível a consulta dos protocolos institucionais implantados no serviço de urgência e na unidade de cuidados intensivos, assim como na informação disponibilizada pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos.

Para Patrícia Benner (2001), a vigilância do doente constitui-se como uma das principais tarefas da enfermeira, pois muitas vezes são estas as primeiras a detetar e a determinar as mudanças do estado do doente, referindo que “Temos muito a aprender com as enfermeiras especialista em matéria de diagnóstico e de vigilância. Aqui, a importância das capacidades de perceção e de reconhecimento é o elemento central” (Benner, 2001, p. 122). Percebe-se que a

antecipação de complicações clínicas deverá ser vista como um hábito de pensamento que permite adiantar eventualidades clínicas e assim tomar as devidas ações. São ainda fator a considerar as experiências anteriores em situações similares, que assim se constituem como aprendizagem experiencial prévia, daí a significância deste ensino clínico.

Face a este valor de saberes, durante o ensino clínico pode privar com enfermeiros peritos na área de intervenção do doente em situação crítica. Esta experiência demonstrou-se numa mais-valia até para despertar interesses que dependem do processo intuitivo do profissional.

Num mundo ideal todos os utentes que recorrem ao SU deveriam consumir este tipo de cuidados diferenciado porque a sua situação de saúde está comprometida e requerem cuidados urgentes e emergentes. Na prática, aquilo que se constata é que alguns dos doentes que recorrem ao SU, não necessitam de cuidados emergentes, mas entendem erradamente o SU como o único serviço capaz de lhes prestar apoio. É certo que este sentimento está associado às limitações nas respostas das unidades de cuidados de saúde primárias que se viram agravadas com o contexto pandémico por SARS-CoV-2, mas é importante que aquando do acolhimento na unidade de saúde se faça uma sensibilização sobre que tipo de recursos devem ser procurados até ao recorrer à urgência.

O acolhimento no serviço de urgência pode ser muitas vezes negligenciado porque as características do SU o tornam impessoal e pouco propício à privacidade que o momento de acolhimento exige. No entanto, ao contrário daquilo que se preconizava até há alguns anos atrás, a avaliação da qualidade dos serviços hospitalares deixou de assentar exclusivamente, na disponibilidade tecnológica e na capacidade técnica dos colaboradores, e passou a centrar-se na satisfação da pessoa/utente, assumindo-se como essencial as expectativas dos utentes em relação ao serviço prestado (Veríssimo, 2018).

Neste contexto, o acolhimento assume particular relevância. A primeira impressão do utente e/ou família, aquando da admissão na unidade hospitalar, condiciona o modo como a pessoa aprecia tudo o que lhe sucede (bom ou mau) (Veríssimo, 2018).

O momento propício para se dar início ao acolhimento na unidade de saúde é o momento da triagem. A DGS preconiza que a triagem identifique prioridades clínicas, com posterior alocação às áreas capazes de responder às necessidades dos doentes com qualidade e segurança, e embora esta possa ser realizada por médicos, é na maioria das vezes realizada por enfermeiros. Uma vez que os enfermeiros, são por excelência os profissionais mais bem-dotados de

ferramentas e competências para uma comunicação efetiva entre profissionais e o utente/família é importante que o enfermeiro assuma no momento da triagem as funções de acolher o doente no SU e não delegar estas competências noutros profissionais (DGS, 2015).

Com vista à aquisição de competências de enfermeiro especialista foram, neste percurso facultadas oportunidades de acompanhar o enfermeiro Tutor na área de triagem. No SU, onde decorreu o ensino clínico o sistema de triagem aplicado é o Sistema de Triagem de Manchester (STM). O STM foi aplicado a primeira vez no ano 2000, e podendo ser executado por médicos e enfermeiros, naquele SU é realizado em exclusivo por enfermeiros com formação específica em Triagem de Manchester. É espectável que o enfermeiro triador seja capaz de tomar decisões corretas num curto espaço de tempo e, muitas vezes, num ambiente psicologicamente agitado. O raciocínio clínico, a formulação de hipóteses e a intuição são requisitos para a realização do processo de triagem por prioridades. Uma vez que a intuição é aprimorada com a experiência e observação é imperativo ser detentor de formação e experiência no ato de triar (DGS, 2018).

O modelo de Triagem de Manchester assume como imperativo que o enfermeiro triador tenha competências especializadas e curso mandatário de triador. Uma vez que não possui formação diferenciada na área e permaneci um reduzido número de horas no posto de triagem, não foi possível o desenvolvimento desejável destas competências. Neste curto período, optou-se por privilegiar este momento como promotor do acolhimento aos doentes no SU.

Embora o momento da triagem seja aquele que por eleição permite reconhecer prioridades e reconhecer situações passíveis de ativação de vias verdes esta condição não é exclusiva deste momento, assim como se preconiza que o acolhimento se inicie no posto de triagem, mas que decorra em todo o período de permanência do doente no SU.

Aquando da abordagem inicial do doente de acordo com a mnemónica ABCDE, poderão ser identificadas situações que obriguem a redefinir prioridades. De acordo com o Manual de Suporte Avançado de Vida do Instituto Nacional de Emergência Médica (2019), a abordagem ABCDE é uma avaliação transversal utilizada na avaliação da vítima, procurando identificar lesões e tratá-las de acordo com a prioridade estabelecida pelo ABCDE, sendo que a mnemónica corresponde A- Via aérea, B- Respiração, C- Circulação, D- Disfunção neurológica e E- Exposição (INEM, 2019).

É baseado nesta mnemónica que são prestados os cuidados de Enfermagem ao doente em situação crítica pelo que é mandatário ser conhecedor da mnemónica, saber aplicá-

la e fazer registos de Enfermagem acordo com a padronização da mnemónica. Face há sua pertinência é apresentada de seguida.

Tabela 2- Abordagem da vítima- mnemónica ABCDE

<p>A- VIA AÉREA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inspeccionar cavidade oral e remover corpos estranhos, sangue, vômito, secreções, dentes partidos, próteses dentárias soltas; • Desobstruir com manobras manuais (extensão e elevação da cabeça, ou subluxação da mandíbula em vítimas com suspeita de lesão medular); • Aspirar secreções, se necessário; • Considerar o uso de adjuvantes básicos da VA: tubo nasofaríngeo e tubo orofaríngeo; • Considerar uma abordagem avançada da VA com dispositivos laríngeos ou tubo endotraqueal (cricotirotomia é uma técnica de recurso); • Assim que possível colocar uma sonda gástrica (se abordagem da VA avançada).
<p>B- RESPIRAÇÃO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar (se disponível): SpO₂, Capnografia; • Administrar Oxigénio: <ul style="list-style-type: none"> o Em caso de insuficiência respiratória aguda procurar manter a SpO₂ (oximetria de pulso $\geq 95\%$); o Nas grávidas garantir SpO₂ $\geq 97\%$; o Há doentes que fazem retenção crónica de CO₂ (DPOC) nos quais a administração de O₂ em doses elevadas pode deprimir o centro respiratório, pelo que a administração de O₂ é necessária, mas tem de ser criteriosamente controlada e monitorizada. O objetivo geral perante uma vítima crítica com DPOC é o de obter uma PaO₂ > 60mmHg o que equivale a uma saturação obtida por oximetria de pulso de 88-92%, com o intuito de impedir a hipóxia grave sem deprimir o centro respiratório. • Ventilação assistida: <ul style="list-style-type: none"> o Efetuar ventilação assistida (se $8\text{cr}/\text{min} < \text{FR} < 35\text{cr}/\text{min}$), realizando 1 insuflação em cada 6 segundos no adulto (10 ventilações por minuto); o Se ventilação mecânica: volume corrente 6 mL/Kg, FR 12cr/min e FiO₂ 50%;
<p>C- CIRCULAÇÃO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar TA, FC, ritmo cardíaco, ECG 12 derivações; • Controlar hemorragia: <ul style="list-style-type: none"> o Estabilizar e imobilizar fraturas: pélvica, fémur, úmero. • Se hemorragia externa/visível: <ul style="list-style-type: none"> o 1. Compressão manual direta no local da hemorragia (é a técnica de eleição); o 2. Técnica de 2ª linha: aplicação de garrote em posição proximal relativamente à lesão; o 3. Técnicas de 3ª linha: <ul style="list-style-type: none"> ♣ Elevação do membro/extremidade (contraindicada no membro com suspeita de fratura ou luxação); ♣ Pontos de pressão: aplicação de pressão na artéria próxima da lesão, dessa forma diminuindo a perda de sangue, pela oclusão da artéria. • Posicionar a vítima: o Se hipotensão: decúbito dorsal; o Se grávida, evitar a compressão aorto-cava: Decúbito lateral, no plano (Trauma) lateralizar 30° para a esquerda ou deslocar o útero manualmente para a esquerda; • Ao doente com dor torácica cardíaca e suspeita de SCA deve ser administrado O₂ (se SpO₂ < 90%), aspirina, clopidogrel/ ticagrelor, nitroglicerina e morfina; • Estabelecer acesso venoso periférico (14 ou 16G); • Colher sangue (hemograma, bioquímica, coagulação e tipagem); • Considerar a administração rápida de fluidos.

D- AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA	<ul style="list-style-type: none"> • Excluir condições que influenciam o nível de consciência; • Avaliar o nível da consciência (classificando-o em AVDS e/ou GCS); • Examinar o tamanho, simetria e reatividade à luz das pupilas; • Avaliar sinais focais bilateralmente; • Avaliar a glicémia.
E- EXPOSIÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Corrigir condições com risco de vida: o Hipotermia; o Amputação. • Remover roupa e avaliar a vítima (tendo em atenção a privacidade e dignidade da vítima); • Promover medidas para prevenir hipotermia (ex. cobertores, mantas térmicas, temperatura da célula sanitária)

Fonte: Portugal, Instituto Nacional de Emergência Médica. (2019) *Manual de Suporte Avançado de Vida*. INEM. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avançado-de-Vida-2020.pdf>

Objetivando-se a aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista, no decorrer do ensino clínico, fui prestando cuidados ao doente crítico, de acordo com a abordagem ABCDE e com protocolos institucionais por forma a progressivamente assumir com autonomia o cuidado do doente crítico.

Na última semana de ensino clínico em contexto de urgência, já era detentora de conhecimentos que permitem assumir de forma autónoma a uma prestação de cuidados diferenciados ao doente crítico. Considero que a postura pró-ativa foi fundamental para adquirir e desenvolver esta competência.

Inerente à prestação de cuidados ao doente crítico está a realização de registos de Enfermagem. A importância dos registos nos cuidados de saúde tem sido objeto de debate contínuo, revelando-se também para a Enfermagem de uma utilidade indiscutível. Desde Nightingale até à atual CIPE, os registos têm vindo a assumir-se como essenciais e imprescindíveis, encontrando-se alicerçados numa base legal (Silva, 2017).

A Ordem dos Enfermeiros define os registos de Enfermagem como um conjunto de informações escritas, produzidas por enfermeiro na prática clínica, nas quais constam as informações sobre as necessidades de cuidados de Enfermagem (intervenções autónomas), bem como toda a informação, resultante do processo de tomada de decisão de outros técnicos implementados pelo enfermeiro (intervenções interdependentes) e toda a restante informação necessária para a continuidade dos cuidados (OE,2011). Constata-se que os registos de Enfermagem são um elemento imprescindível no processo de cuidar, uma vez que se almeja que sejam elaborados de forma a retratar a realidade assistida e possibilitem uma comunicação permanente. Deste modo, constituem-se como o único meio de demonstrar o trabalho realizado

pelos enfermeiros e são o reflexo da eficiência e eficácia dos cuidados prestados à pessoa (Silva, 2017).

Atualmente, com a informatização do processo de registo dos cuidados de Enfermagem, alguns destes princípios e requisitos são automaticamente assegurados, proporcionando maior segurança e efetividade à prática de Enfermagem. Neste SU, os registos são realizados com recurso ao software Alert®. O software clínico Alert® consiste num processo clínico eletrónico onde acontece partilha de informação clínica do doente e permite que todas as intervenções e prescrições sejam executadas no mesmo local. Assume-se como uma ferramenta que permite manter o hospital livre de registos em papel. O software clínico Alert® é apto para utilização para web e em nuvem e pode ser adaptado de acordo com requisitos e certificações locais (Alert, 2021). Face às suas características o software Alert® permite fazer triagem, estando neste SU programado para o STM.

Ora neste sentido foi imperativo realizar registos neste software, por forma a promover a continuidade de cuidados e planear intervenções. Embora o software clínico Alert® permita registos com a aplicação de escalas e com a possibilidade de registos por separadores, na maioria das vezes, os registos são efectuados em texto corridos no separador Notas de Enfermagem. Todavia, todos os registos de Enfermagem foram elaborados de acordo com a linguagem CIPE, promovendo a uniformização dos mesmos e por questão metodológica efectuados com base na metodologia de avaliação da vítima em situação crítica com recurso à mnemónica ABCDE.

Em contexto de cuidados intensivos, os registos assumem características diferenciadas comparativamente com os cuidados no serviço de urgência. Esta diversidade assume-se como um fator enriquecedor no que concerne ao domínio dos conhecimentos sobre os Sistemas de Informação.

Nesta unidade todos os Registos de Enfermagem são realizados com recurso a um software informático específico, nomeadamente B.ICU-CARE, que permite a sincronização em tempo real com o Monitor do doente. Os Registos de Enfermagem são executados com intervalos de uma hora, fazendo parte deste registo o ritmo das perfusões em curso, incluindo as endovenosas e entéricas, os parâmetros vitais, nomeadamente a pressão arterial sistólica, diastólica e média, frequência e ritmo cardíaco, temperatura, parâmetros ventilatórios, débito urinário, parâmetros gasométricos, posicionamentos dos doentes, exames realizados e qualquer outra informação relevante principalmente relacionada com monitorização hemodinâmica por métodos invasivos. Sempre que se justifique os registos podem sofrer ajustes no horário.

O enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica ao prestar cuidados de saúde, neste contexto específico ao doente crítico, tem o dever de fomentar um ambiente de segurança e eficácia nos cuidados. Por tal, um dos focos de atenção devem ser as intervenções de prevenção e controlo de infeção. Com vista a otimizar conhecimentos nesta área, cumpriu-se o objetivado no projeto de estágio (consultar o Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeção assim como o Plano Nacional de Segurança de Doentes 2015-2020) e exploraram-se conhecimentos previamente adquiridos.

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos são problemas de impacto mundial, aos quais nenhuma instituição prestadora de cuidados de saúde pode estar alheia (DGS,2017c). Dado que o doente crítico é submetido por vezes a medidas de “*life saving*” que pela imperativa resposta rápida podem não ser executadas com todo o rigor de antisséptica é fundamental que o ambiente onde se presta cuidados seja limpo e seguro.

As IACS agravam o prognóstico da doença de base, prolongando os internamentos, associando mais doenças às que já estavam presentes e aumentando a mortalidade e simultaneamente aumentam os custos para as instituições de saúde pelo que devem ser evitadas a todo o custo.

Tal como preconiza o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) de 2017, emitido pela DGS, a diminuição das ocorrências das IACS passa pela implementação das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI). As PBCI traduzem-se num conjunto de regras de boas práticas que devem ser adotadas por todos os profissionais na prestação de cuidados de saúde, tendo em vista minimizar o risco de infeção e a transmissão cruzada. As PBCI incidem sobre dez padrões de qualidade são eles: 1. Avaliação individual do risco de infeção na admissão do utente e colocação/isolamento dos utentes; 2. Higiene das mãos; 3. Etiqueta respiratória; 4. Utilização de equipamento de proteção individual (EPI); 5. Descontaminação do equipamento clínico; 6. Controlo ambiental e descontaminação adequada das superfícies; 7. Manuseamento seguro da roupa; 8. Gestão adequada dos resíduos; 9. Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis; 10. Prevenção da exposição a agentes microbianos no local de trabalho (DGS, 2017c).

Das 10 PBCI aquela que se destaca mais é a higienização das mãos porque sendo adoptada por parte dos profissionais é a medida mais eficaz, mais simples e mais económica de prevenir as IACS (DGS, 2017c).

No contexto clínico onde decorreu o ensino clínico é evidente a implementação da campanha de higienização das mãos, considerando que os seguintes aspetos observados em muito contribuem para o cumprimento das boas práticas: a disponibilização de solução antisséptica de base alcoólica nos locais de prestação de cuidados e na entrada dos serviços, bem como os respetivos cartazes informativos para alerta de profissionais e utentes. Estes aspetos permitem e promovem o cumprimento dos cinco momentos de higienização das mãos preconizados pelo World Alliance for Patient Safety, sendo estes: antes do contacto com o doente; antes de procedimentos limpos/assépticos; após risco de exposição a fluidos orgânicos; após contacto com o doente e após contacto com o ambiente envolvente do doente (DGS, 2019a).

Paralelamente à higienização das mãos, há uma grande preocupação com a etiqueta respiratória. Sendo neste momento obrigatório a utilização de máscara cirúrgica pelos utentes há necessidade de reforço constantes para fazer cumprir esta indicação. Muitos utentes não adaptam corretamente a máscara à sua face e é frequente constatar vítimas com a máscara somente no queixo, não protegendo o nariz.

Como futura enfermeira especialista detentora de conhecimentos que responsabilizam por intervenções promotoras da prevenção das IACS, ao longo do ensino clínico foi notória uma participação ativa na sensibilização da equipa multidisciplinar para a correta higienização de materiais e equipamentos utilizados e consequente sensibilização dos produtos adequados para higienizar as diferentes superfícies.

As práticas seguras na preparação e administração de injetáveis devem ser também uma preocupação constante do enfermeiro especialista dado que a obtenção de acessos venosos periféricos, com recurso a cateteres, é uma das intervenções de Enfermagem mais comum e é imprescindível na maioria das situações de urgência.

O cateter venoso periférico (CVP) é essencial para a administração de terapêutica endovenosa, uma vez que nos proporciona um acesso vascular menos invasivo, de menor complexidade e com alguma rapidez. Tratando-se de uma técnica relativamente fácil de executar, a manutenção, a vigilância e os cuidados a eles associados acabam por ser descurados, fator agravado pela sobrecarga de doentes no SU e falta de recursos humanos e materiais (Gomes et al., 2020).

Segundo a evidência, pode constatar-se que o CVP se assume como um fator de risco extrínseco importante para o desenvolvimento de infeções nosocomiais, aumentando a

prevalência das mesmas (Gomes et al., 2020). Neste sentido é imprescindível que o enfermeiro especialista cumpra todos os cuidados com os cateteres venosos periféricos com vista à diminuição do risco de infecção e à prestação de cuidados seguros. Esta poderia ter sido uma das áreas de atuação com vista à melhoria dos cuidados, mas as horas de ensino clínico já não comportavam tal intervenção

A vivência de uma situação crítica assume contornos de crise quer para o doente quer para a família. Atendendo aos desenvolvimentos do último ano (contexto pandémico) todo o doente que é admitido no serviço de medicina intensiva, está diagnosticado com COVID-19, manifesta-se ansioso e stressado. Esta condição está em muito relacionada com o medo de ser submetido a ventilação mecânica e o medo de morte iminente dado que até ao momento milhares de pessoas perderam a vida devido à infecção por SARS-CoV-2.

Farley et al. (2016) advogam que estar sujeito a estes fatores de stress implica a ativação do sistema nervoso central que regula parâmetros como Tensão Arterial, Frequências Cardíaca e Respiratória o que origina elevação destes parâmetros vitais. Quando associada a esta situação de instabilidade hemodinâmica a situação que conduziu à procura de cuidados diferenciados, o prognóstico da pessoa altera-se e há um impacto negativo na sua condição (Vareta, 2018; Farley et al., 2016). Face às suas competências de antecipação de cuidado diferenciado o enfermeiro especialista deve assumir uma postura assertiva e eficaz, preparando o ambiente do doente por forma a este se sentir seguro transmitindo-lhe tranquilidade e segurança dos cuidados (Vareta, 2018).

Em Dezembro de 2019, na China foi detetado o primeiro caso de infecção por SARS-CoV-2 (coronavírus) que significa síndrome respiratória aguda grave que causa a doença COVID-19 (DGS, 2020). Em Portugal o número de casos de pessoas com COVID-19 cresceu exponencialmente, tal como no resto do mundo, o que implicou uma adaptação da resposta e dos cuidados de saúde. Houve necessidade de aumentar as camas em unidades hospitalares para cuidar os doentes infetados e no domínio dos cuidados intensivos essa realidade foi muito constatada. Na unidade hospitalar onde decorreu o ensino clínico, as camas em cuidados intensivos mais que duplicaram por força da necessidade de cuidar doente com COVID-19 em situação crítica. Estes ajustes implicaram um alojamento de enfermeiros a unidades de cuidados intensivos que até ao momento não prestavam cuidados ao doente crítico.

A pandemia, declarada pela Organização Mundial de Saúde a 11 de Março de 2021 (DGS, 2020), obrigou a um esforço individual e coletivo para se otimizarem conhecimentos e recursos com vista à prestação de cuidados dado que a doença COVID e a sua evolução era

desconhecida de todos. Várias foram as etapas de conhecimento, mas atualmente sabe-se que na doença COVID- 19 uma das complicações mais comuns é a insuficiência respiratória com consequente hipoxia e o tratamento recomendado passa pela ventilação mecânica (Franco et al., 2020).

A grande maioria dos doentes internado nesta unidade de cuidados intensivos é admitida em consequência de um quadro grave com ponto de partida no COVID-19. Tal como espectável pelos antecedentes pessoais anteriores ou pelo período de internamento prolongado veem a sua situação agravada e necessitam de vigilância apertada tal como qualquer outro doente em situação crítica.

A prestação de cuidados de Enfermagem nesta unidade implica um conjunto de condicionantes que não se verifica noutras unidades. Face ao risco de contágio é imperativo que se faça uso do equipamento de proteção individual que é preconizado na norma da DGS 007/2020 com assunto Prevenção e Controlo de Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI), o que acarreta mais desconforto e desgaste físico na prestação de cuidados (DGS, 2020). Simultaneamente à utilização de EPI há um conjunto de intervenções que são condicionadas pela condição infecciosa do doente ao qual é fundamental estar atento, o que traduz um carácter especial a este ensino clínico e uma experiência ímpar no meu processo formativo.

Face à necessidade de dar resposta ao doente em situação crítica por infeção por SARS-CoV-2 e suprimir o déficite de conhecimento sobre esta doença infecciosa, a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos recomenda a avaliação do doente crítico com SARS-CoV-2 segundo a avaliação sequencial do ABCDEFG.

Tabela 3- Avaliação sequencial ABCDEFG

<p>A - Via aérea</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar o e nível do tubo orotraqueal (TOT), proceder a ajuste se necessário, após confirmação médica do correto posicionamento através da visualização do Raio X; • Verificar pressão do cuff do tubo orotraqueal (< ou = a 30 mmHg). • Troca de nastro/adetivo após higiene oral e sempre que necessário (conspuração por saliva, vômito ou sangue). Mudança de luvas e higienização das mãos; • Utilizar sempre sistema de aspiração em circuito fechado. Este possui 2 lumens acessórios, em que o mais proximal do TOT permite realização de terapêutica broncodilatadora, o mais distal é para realizar a limpeza da sonda de aspiração e colheita de secreções para bacteriologia. Limitar ao mínimo a realização de terapêutica broncodilatadora de acordo com a equipa médica, pelo risco de aerossolização. • O ventilador (de transporte ou do doente) deverá estar equipado com um filtro HEPA no ramo expiratório. No ramo inspiratório um filtro antibacteriano/viral sem humidificação. • O filtro bacteriano/viral com humidificação deve ser colocado, como habitualmente, imediatamente após o “Y” das traqueias; • Troca de filtros e traqueias quando condensados – garantindo SEMPRE as condições de segurança do profissional de saúde e do doente: pré-oxigenação com FiO₂ a 100% (1 ou 2 minutos consoantes os ventiladores), clampar TOT,
--

<p>colocar o ventilador em pausa para minimizar aerossolização. troca só quando previamente planeado e de forma rápida, idealmente a realizar por dois enfermeiros ou enfermeiro e médico;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ligar novamente o ventilador e verificar as conexões de todo o circuito ventilatório – minimizar hipótese de eventual desconexão; • Testar sistema de aspiração e existência de debitómetro de oxigénio adaptado à rampa. • Nos doentes não ventilados, verificar a integridade e eficácia do sistema de aporte de oxigénio, se iniciada com cânula nasal a 4 L/min sem utilização de humidificação.; • Utilização de EPIs tendo em conta se o tipo de cuidados a serem prestados (de acordo com a norma da DGS2).
<p>B - Ventilação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Confirmação e monitorização de parâmetros ventilatórios instituídos versus realizados pelo doente (Pressão Via Aérea + volumes programados versus volume realizados + monitorização de Ppico e Pplateau – caso possível); • NÃO UTILIZAR ESTETOSCÓPIO para verificação do posicionamento do tubo traqueal; • MUITA ATENÇÃO para eventuais fugas – perigo de aerossolização e contaminação; • Observação de RX antes de procedimentos ou prestação de cuidados (lateralização de doentes • Cuidados de higiene oral com Clorexidina sol. oral a 0,12% - de acordo com protocolo de serviço – atenção à saliva, pelo risco de contaminação; • Elevação da cabeceira do leito a 30º; Considerar a colocação do doente em prone position (ventral) de acordo com a situação clínica.
<p>C - Circulação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observação e avaliação dos parâmetros vitais monitorizados; • Monitorização de traçado eletrocardiográfico (frequência Cardíaca, ritmo - SE anomalias – CONFIRMAR SEMPRE os elétrodos, cabos, derivações); • Monitorização de PAM (titulação de drogas vasopressoras sempre e quando necessário para garantia de PAM alvo previamente definida). • Confirmar/ajustar limites dos alarmes. • Vigilância de sinais de alarme: • Sinais de instabilidade hemodinâmica ou sinais de choque • Ritmos de paragem e peri-paragem • Sinais de hipoxemia • Desadaptação ventilatória • Monitorização do débito urinário/horário. • Realização de balanço hídrico em cada turno. • Observação da coloração da pele, mucosas e das extremidades. • Tempo de preenchimento capilar (deve ser <2 seg). • Palpar pulsos proximais e distais.
<p>D - Monitorização neurológica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorização da Escala de Coma de Glasgow. • Monitorização da Escala de agitação e sedação de Richmond (RASS). • Monitorização de grau de sedação de acordo com sedação instituída. • Bloqueador Neuromuscular instituído – NUNCA CURARIZAÇÃO SEM SEDAÇÃO. • Desmame de sedação SÓ QUANDO GARANTIDA SEGURANÇA do doente. • Avaliação e registo da dor – descrever e registar intervenções realizadas e respetiva avaliação (Escala Numérica ou Behavioral Pain Sacale - BPS).
<p>E – Exposição</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação e registo da temperatura: • Se hipertermia – realizar exposição corporal, mantendo somente cobertas zonas íntimas; vigiar desidratação; monitorizar temperatura contínua; administração de antipirético se prescrito e se necessário promover arrefecimento corporal. • Se hipotermia – colocação de Cobertor, edredon ou se necessário manta de aquecimento e na situação de técnica de substituição renal contínua - colocar o aquecedor do monitor na linha venosa. • Verificar condições de segurança da unidade do doente, tais como: grades e travões das camas. • Cuidados de higiene; posicionar; massajar / levantar. • Avaliar estado da pele e mucosas. • Monitorizar feridas. • Avaliar risco úlcera de Pressão (Escala de Braden).
<p>F – Família</p> <ul style="list-style-type: none"> • Devido à suspensão de visitas, com exceção na situação de doentes em fase terminal, será necessário criar um meio de estabelecer informação entre o serviço e o familiar/pessoa de referência; • Devem ser adotadas medidas alternativas de comunicação com a família, de forma a proporcionar informação ao familiar de referência, não esquecendo que o enfermeiro não só trata do doente crítico como também da família.
<p>G – Gestão em procedimentos técnicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Traqueostomia;

- Broncofibroscopia;
- Ecocardiograma Transesofágico;
- Técnica substituição renal contínua (anticoagulação com heparina ou regional com citrato) e/ou hemodiálise;
- Normotermia terapêutica;
- Colheita de espécimes;
- Preparação da pessoa e do material para colocação e remoção de:
- Tubo orotraqueal;
- Cateter venoso central;
- Linha arterial;
- Cateter epidural;
- Dreno Torácico e/ou Cirúrgicos;
- Suturas Operatórias;
- Transporte inter-hospitalar e intra-hospitalar;
- Cuidados Pós-morte - proceder de acordo com norma de óbito (DGS)8;
- Registo de acordo com protocolo de serviço.

Fonte: Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2020). *Abordagem de Enfermagem ao doente crítico COVID-19. Informação a enfermeiros não intensivistas*. SPCI. Acedido em: <https://www.spci.pt/Enfermagem-covid-19>

Em doentes com COVID-19 recomenda-se que a ventilação mecânica seja implementada de acordo com o procedimento de entubação de sequência rápida. Esta técnica consiste na administração de medicamentos, de acordo com a uma sequência específica que inclui a anestesia, seguida de sedação e bloqueio neuromuscular (Franco et al., 2020). Durante o ensino clínico pode constatar que a prática comum na intubação é a intubação com sequência rápida com recurso a terapêutica como Fentanilo, Rocurónio, Midazolam e Propofol tal como a bibliografia preconiza.

Contrariamente ao preconizado constatou-se que não é aplicado por prática o despertar diário da sedação, mas esta situação é justificável pelo quadro de doença COVID-19, pois o despertar da sedação implica uma alteração do estado de lucidez que se revela como crítico pelo elevado risco de agitação, alucinação e confusão (Vareta, 2018).

É competência do enfermeiro especialista promover um ambiente e cultura de segurança para o doente e para os profissionais. Por si só o ambiente nas Unidades de Cuidados Intensivos pode ser desgastante e promotor de stress. Não é por acaso que há referência ao síndrome de burnout em consequência do stress ao que o profissional está sujeito na sua prática.

O síndrome de burnout caracteriza-se por uma resposta emocional crónica em consequência do stress do profissional. Embora seja um processo individual, pode manifestar-se através de um quadro multidimensional que inclui exaustão emocional, reduzida realização pessoal e despersonalização do outro. A exaustão emocional constata-se na falta de energia, de entusiasmo, fadiga e uma sensação de exaustão emocional que pode aumentar a sensação de frustração e tensão entre os trabalhadores (Fernandes et al., 2017).

O ambiente dos cuidados intensivos é propício ao stress, assim como a elevada carga de trabalho inerente ao processo formativo do enfermeiro especialista, bem como o cuidado a doentes com patologia com alto índice de contágio. Assim, durante o ensino clínico senti necessidade de consultar o guia intitulado “Covid-19: Autocuidado e bem-estar dos profissionais de saúde durante a pandemia”, disponibilizado pela Ordem dos Enfermeiros, que recomenda um conjunto de estratégias de coping para que o profissional de saúde consiga gerir todo o stress inerente à sua prática em cuidados intensivos.

3. Evidência da Aquisição das Competências de Enfermeiro Especialista

A evidência das atividades realizadas é comprovada pela tutoria no ensino clínico. Todavia a reflexão sobre as atividades desenvolvidas também é evidência da aprendizagem na medida que se pretende que o enfermeiro especialista reja a sua prática clínica com base na prática refletiva. A prática diária reflexiva reveste-se de enorme significado por permite que o enfermeiro ganhe conhecimento das suas capacidades, das dificuldades e estructure a sua evolução de acordo com o seu objectivo individual.

Durante este percurso a minha estrutura da reflexão foi orientada pelas características de cada unidade. No serviço de urgência pela sua complexidade, assumi que faria sentido refletir sobre cada área em particular na medida em que cada uma contempla particularidades ímpares. Na unidade de cuidados intensivos, por ser uma unidade dedicada ao COVID, optei por guiar a minha reflexão com base nos objectivos previamente definidos no meu projeto de ensino clínico dado que nesta unidade é impossível dissociar contextos ou particularidades do doente. Os subcapítulos seguintes contemplam a sumula dessas reflexões críticas.

3.1 Evidência da Aquisição das Competências de Enfermeiro Especialista no Serviço de Urgência

No SU é expectável que toda a prática seja baseada na prestação de cuidados urgentes e emergentes. Contudo, constata-se que há vítimas que recorrem ao SU com quadros de doença que não assumem critérios de gravidade ou pelo menos critérios urgente e emergentes. Paralelamente, a Triagem de Manchester permite definir prioridades e é plausível que doentes com pulseira de cor branca, azul e verde não venham a necessitar de cuidados emergentes. Nesse sentido, por forma a explicar as atividades realizadas, no presente relatório as atividades desenvolvidas são apresentadas de acordo com as diferentes áreas do SU onde foram prestados cuidados.

Área médica 1

A área médica 1 é a área imediatamente ao lado dos 3 gabinetes de triagem. Nesta área são alocadas as vítimas que não requerem estar deitadas em maca, dado que são independentes ou com graus de dependência reduzidos. Daquilo que se pôde constatar no decorrer do ensino clínico, a grande casuística prende-se com queixas do foro urinário (infecções urinárias) e quadros de dores abdominais difusas associados a vômitos e diarreias.

Como se pode constatar pela descrição do quadro de sintomatologia predominante, não haveria necessidade na maioria dos casos, destes doentes solicitarem cuidados de saúde numa urgência polivalente, mas sim em contexto de centro de saúde com avaliação médica do médico e enfermeiro de família. Todavia, os doentes têm direito a ser cuidados e este momento é, o momento particularmente ideal para promover momentos de educação para a saúde e sensibilização de procura de cuidados de saúde primária. Para se integrar das ferramentas promotoras da literacia em saúde, o enfermeiro deve consultar o Manual de boas práticas literacia da saúde: Capacitação do profissional de saúde (DGS,2019).

Entende-se Literacia em Saúde como sendo o nível em que os indivíduos têm a capacidade de obter, processar e entender as informações básicas de saúde para utilizarem os serviços e tomarem decisões adequadas de saúde. Elevados níveis de Literacia em Saúde permitem à pessoa tomar decisões de saúde fundamentadas possibilitando o aumento do controlo sobre a sua saúde, enquanto baixos níveis de Literacia em Saúde estão relacionados com um maior número de internamentos e com uma utilização frequente dos serviços de urgência e, também, com uma menor prevalência de atitudes promotoras da saúde, levando a uma diminuição da qualidade de vida (DGS,2019).

A evidência demonstra que a Literacia em Saúde contribui não só para promoção da saúde e prevenção da doença, mas também para a eficácia e eficiência dos serviços de saúde, sendo, portanto, uma ferramenta essencial para a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde pelo que deve ser também uma prioridade para o profissional de saúde e não apenas os procedimentos técnicos associados a medidas invasivas em contexto de doente crítico.

Área Médica 2

A área médica 2 é a área do SU que dispõe de maior estrutura física. Este facto é consequente de a maioria dos doentes serem alocados a esta área visto que apresentam queixas do foro das especialidades médicas. É nesta área que estão alocados médicos das especialidades médicas por exemplo Cardiologia, Neurologia, Pneumologia, Nefrologia, Infeciologia e Medicina Interna.

A prestação de cuidados na AM2 é aquela que por eleição é mais completa e promotora da continuidade de cuidados. Esta particularidade deve-se ao facto da grande maioria dos doentes que são cuidados nesta área necessitarem de um internamento hospitalar.

Se por um lado este é o local que permite um melhor planeamento de cuidados é em simultâneo aquele lugar em que a prestação de cuidados é mais complexa. Esta complexidade deve-se ao facto de haver uma grande afluência de doentes e haver necessidade constante de definição de prioridades e coordenação entre os elementos da equipa. A prestação de cuidados no SU, é feita de forma individualizada, em que o enfermeiro com recurso ao software clínico Alert® assume a prestação de cuidados aos doentes à medida que estes vão sendo admitidos e dá resposta às intervenções prescritas. Embora os enfermeiros fiquem com os utentes alocados é impossível que não se recorra ao trabalho de equipa até pela própria apresentação da sala de AM2, de sala ampla, com equipamentos de monitorização hemodinâmica na parede, e equipa médica na região central da sala.

Quando um doente é admitido na AM2, a primeira intervenção do enfermeiro deve ser dar continuidade ao acolhimento. Caso a situação assim o exija o doente deve ser monitorizado com avaliação de Tensão Arterial, Saturação Periférica de Oxigénio, Frequência Respiratória, Frequência Cardíaca e o Monitorização Cardíaca por regra com recurso a 3 derivações. Ora se a situação exige monitorização é imprescindível que o enfermeiro, em particular o enfermeiro especialista seja detentor de conhecimento e capacidade para interpretar os dados obtidos.

Na maioria das situações o doente necessitará de cumprir medicação por via endovenosa e de realização de análises clínicas pelo que, durante o ensino clínico se constatou como prática regular no SU e parece-me pertinente, a colheita de espécimes para análise com recurso a apenas uma punção. Ao seja ao cateterizar-se a veia periférica com recurso a cateter venoso periférico, colhe-se sangue para análise em simultâneo. Desta forma, diminui-se o desconforto e dor de

múltiplas picadas e diminui-se o risco de o doente adquirir uma infecção em consequência de múltiplas punções.

Ainda neste contexto, competências facilitadoras da antecipação e prevenção de complicações devem ser evidenciadas pois até a administração de água por via oral pode comprometer a realização de qualquer procedimento invasivo que a vítima possa necessitar.

Área Cirúrgica

Para a área cirúrgica são encaminhadas todas as vítimas que necessitam de cuidados cirúrgicos e avaliação das respetivas especialidades cirúrgicas. É nesta área que se encontram a grande maioria das vítimas de trauma abdominal e traumatismos crânio-encefálicos.

Durante o ensino clínico houve uma panóplia de situações que promoveram aprendizagem. Salientam-se diversas situações tais com vítima com queimadura química, vítimas com traumatismo da face, doentes com hemorragia cerebral e vítimas com quadro inespecífico de sintomatologia que resultaram em diagnóstico de cancro intestinal e/ ou do pâncreas. Ainda no contexto de atuação da área cirúrgica foi possível fazer acompanhamento a doentes com necessidade de avaliação pela especialidade de ginecologia, o que se tornou uma mais-valia porque não será uma especialidade com o qual se prevê grande contacto no percurso profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Sabe-se que tão importante como a prestação de cuidados centrado na mais recente evidência científica é fundamental a humanização dos cuidados. Ao longo dos tempos verificou-se que o ato de cuidar é a essência da Enfermagem. Nesta perspetiva Jean Watson, teórica de Enfermagem, definiu o cuidar como o ideal moral da Enfermagem (Watson, 2002). Cuidar envolve valores, vontades, conhecimentos, acções carinhosas e suas consequências. Percebe-se que todo o ato de cuidar está relacionado com as respostas humanas subjacentes às condições de saúde- doença (Watson, 2002) e que o objetivo da Enfermagem deve ser cuidar da pessoa de forma holística, respondendo às suas necessidades.

A ciência e a arte de cuidar só são compatíveis se o enfermeiro estiver ciente que a comunicação eficaz com o doente permite identificar as necessidades de cada um e satisfazê-las (Silva, 2012). Na base de uma comunicação efetiva deverá estar uma importante habilidade a ser desenvolvida pelo ser humano, a empatia. Empatia é a habilidade de se colocar no lugar

do outro, para que uma pessoa possa visualizar e sentir na mesma perspectiva as experiências vivenciadas por outra pessoa (Terezam et al., 2017).

Quando um doente recorre ao SU é expectável que veja a sua situação resolvida. Contudo há situações que pela sua gravidade não permitem uma resolução no período de permanência no SU. Na área cirúrgica, constata-se que tem havido um aumento significativo de diagnósticos de cancro do sistema gastro-intestinal e que muito provavelmente este aumento está associado ao contexto pandémico atual. É espectável que com o confinamento, as pessoas não procurem os cuidados de saúde aquando da manifestação da sintomatologia ligeira recorrendo aos serviços de saúde apenas quando o quadro clínico é de maior complexidade, atrasando o diagnóstico e o tratamento. Ao cuidar de uma vítima que recorre ao SU por uma dor inespecífica no abdómen e que lhe é diagnosticado um carcinoma retal é imperativo que o enfermeiro assuma uma postura empática e foque o seu cuidado naquilo que o doente quer saber de momento e no apoio que este solicita. É fundamental os cuidados especializados, mas a vertente humana de apoio e empatia deve ser evidenciada por forma a que a vítima se sinta apoiada.

Neste ensino clínico, na área cirúrgica houve ainda uma situação que me mereceu especial cuidado. Uma vítima do sexo masculino, que após limpeza de telhado, da entrada no SU com dor na região dorsal e constata-se queimadura por produto químico de primeira e segunda categoria em toda a região dorsal e nádegas. Esta situação promoveu a consolidação de conhecimentos e de procedimentos no cuidado a feridas extensas, em particular queimaduras.

Área de triagem

No contexto da requalificação das urgências do Sistema Nacional de Saúde, o STM é um meio para a promoção da equidade de acesso das pessoas ao serviço de urgência e um instrumento de gestão de risco (Veríssimo, 2018). Em termos gerais, um método de triagem proporciona aos profissionais de saúde não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica que se baseia na identificação de problemas. A avaliação clínica é realizada a partir da queixa apresentada, ou seja, o principal sinal ou sintoma identificado pelo doente (Veríssimo, 2018).

O STM contempla uma lista de 50 fluxogramas baseados nas queixas dos clientes, que compreendem quase todas as situações que surgem nos serviços de urgência, tendo sido também

criados dois fluxogramas para situação de catástrofe (GPT, 2016). O processo de triagem, pelo STM, numa primeira fase obriga o profissional a selecionar o fluxograma que se assuma como o mais específico possível, em conformidade com a queixa apresentada pelo doente. Numa segunda fase, o enfermeiro vê-se obrigado a percorrer os discriminadores do fluxograma, selecionando o primeiro que se assuma como positivo ou que não se consiga negar. Esta perceção rigorosa garante que os fluxogramas têm informação cruzada entre si, uma vez que um determinado número de queixas pode conduzir a mais do que um fluxograma, não permitindo nunca a atribuição de uma prioridade clínica inferior para a mesma queixa. É necessário realizar a recolha e a análise de informações que possibilitem a determinação da prioridade clínica. É o fluxograma que estrutura o processo de triagem, apresentando discriminadores-chave em cada nível de prioridade. Por outro lado, a avaliação é realizada tendo em conta a prioridade clínica mais elevada, sendo os discriminadores deliberadamente colocados na forma de perguntas como meio de facilitar o processo (Veríssimo, 2018).

Percebe-se assim a relevância de uma avaliação sistemática do doente e que todos esses elementos sejam reunidos de modo a proporcionarem uma imagem completa da sua situação clínica. Toda esta sistematização de informação permite que a análise da vítima seja realizada de forma rápida e com segurança, para que se atribua uma prioridade clínica apropriada que oriente a tomada de decisão. Desta forma, com base na queixa inicial da pessoa, segue-se o respetivo fluxograma (um dos 52 fluxogramas), averigua-se sistematicamente a presença de sinais e sintomas, através de um breve questionário estruturado em perguntas rápidas, definindo a prioridade clínica a atribuir

Pela necessidade de existir uma nomenclatura e definições comuns, facilitadoras do raciocínio e promotoras da uniformidade de critério, foi atribuído a cada uma das categorias um número, um nome, uma cor e um tempo aceitável até a pessoa ser observada por um clínico. Esta categorização é apresentada na escala nacional de triagem, apresentada na tabela 1.

Tabela 4 – Escala Nacional de Triagem

Nível	Categoria de Urgência	Cor	Tempo Alvo
1	Emergente	Vermelho	0 minutos
2	Muito urgente	Laranja	10 minutos
3	Urgente	Amarelo	60 minutos
4	Pouco urgente	Verde	120 minutos
5	Não urgente	Azul	240 minutos

Fonte: Grupo Português de Triagem. (2019) *Triagem no serviço de urgência*. Amadora. ISBN 978-989-96652-0-0

Face ao carácter dinâmico da triagem e de ser possível enquadrar a mesma queixa em vários fluxogramas é impreterível que a sistematização da informação seja breve e eficaz permitindo que se atribua uma prioridade clínica apropriada que oriente a tomada de decisão.

No decorrer do ensino clínico e dado que foram breves os momentos de contacto com o processo de triagem o grande foco de atenção foi fazer uma correta alocação ao fluxograma. Percebeu-se assim que na dúvida entre dois fluxogramas devem ter-se em conta aspectos como a demora na prestação de cuidados e o próprio circuito interno de doentes.

Sala de emergência

A sala de emergência é o local do SU onde é mais evidente e diferenciada a atuação do enfermeiro especialista uma vez que é nesta área que se prestam cuidados ao doente em estado crítico. Todo o doente que apresenta compromisso de função vital que possa comprometer a vida deve ser encaminhado para esta área.

A Sala de Emergência deve assumir-se como a área de interface para a emergência pré-hospitalar e para a emergência hospitalar (serviço de urgência) e deverá estar configurada em espaço aberto, com capacidade de 5 unidades individuais de reanimação (box).

A sala de emergência do SU dos CHUC comporta a prestação de cuidados em simultâneo a 5 doentes, sendo que a área mais distal da porta é utilizada em preferência para doentes com patologia respiratória e em simultâneo quadro compatível e/ou suspeito de infecção por SARS-COV-2.

Durante o período de ensino clínico, permaneci 7 turnos na sala de emergência, num total de 84 horas. Neste período, a maioria das situações prendiam-se com quadro de Enfarte Agudo do Miocárdio, Acidentes Vasculares Cerebrais e Politraumatizados. Houve ainda episódio de uma tentativa de suicídio.

O Enfarte Agudo do Miocárdio, vulgarmente conhecido como ataque cardíaco, ocorre quando uma das artérias do coração fica obstruída por um coágulo, o que faz com que uma parte do músculo cardíaco deixe de funcionar por falta de oxigénio e nutrientes (DGS,2017d). Sempre que possível é imperativo criar condições para a revascularização do miocárdio. Na sala de emergência a casuística de doentes admitidos por EAM é elevada uma vez que o CHUC se assume como centro de referência para a Angiografia de Intervenção da instituição e de outras instituições de nível inferior. Deste modo há diferenças significativas na tipologia de doentes. Há doentes que recorrem ao SU com acompanhamento de equipa pré-hospitalar já com ativação de protocolo de síndrome coronários, enquanto outros são admitidos numa fase crítica sem qualquer intervenção em curso e há ainda os que vêm acompanhados com equipas de saúde da unidade hospitalar de referência. Atendendo à especificidade da situação o mecanismo de atuação é diferente. Normalmente, a admissão de vítimas de outros hospitais implica um contacto prévio com a equipa da sala de emergência e com equipa de hemodinâmica, o que permite ganhos em saúde para a vítima, dado que com a ativação da via verde coronária optimizam-se recursos.

Embora as situações possam diferir em alguns aspectos é imperativo a realização de ECG precoce para despiste de EAM a todo o doente com dor torácica. Este exame complementar, por protocolo institucional pode ser requisitado pelo enfermeiro e é preconizado que seja realizado nos primeiros 15 minutos de admissão no SU. É ainda impreterível a ativação da Via Verde Enfarte.

Durante o ensino clínico, promovendo a continuidade de cuidados, a equipa de saúde do SU permitiu que acompanhasse uma vítima do sexo masculino, 52 anos, com quadro de EAM, à sala de hemodinâmica e participasse na prestação de cuidados na sala de hemodinâmica. A minha intervenção na sala de hemodinâmica prendeu-se com a preparação do doente para o procedimento com a realização de ensinamentos sobre a intervenção, realização da

respetiva tricotomia, monitorização cardíaca e preparação de material necessário para a realização de angiografia coronária. Inerente a este contexto, pude contactar com um dispositivo de pressão radial para controlo do risco de hemorragia após cateterismo da artéria radial. Este mecanismo consiste na utilização de uma pulseira hemostática, tipo “Band-Air”, que exerce pressão que é mantida nas primeiras 3/4 horas no local da punção. Esta pulseira tem um mecanismo de compressão com recurso a um cuff que a cada 30 minutos deve ser aliviada pressão, de acordo com as normas do fabricante, podendo variar de marca para marca (Oliveira & Cunha 2021).

Ainda inerente à permanência na sala de emergência do SU pude intervir numa situação crítica que exigiu atuação rápida e precisa de toda a equipa. A situação consistiu na prestação de cuidados a um jovem de 18 anos, que apresentava ferida penetrante no hemitórax esquerdo (facada), e vários cortes no pescoço sugestivos de tentativa de enforcamento. Nesta situação foi necessário a mobilização de conhecimentos que todo o enfermeiro, em particular o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica deve ser detentor. Foi realizada avaliação da vítima e atuado em conformidade. Concomitantemente houve necessidade de mobilizar conhecimentos relacionados com a ciência forense. Sendo o cenário plausível de várias causas, houve necessidade de preservar as provas por risco de se tratar de traumas causados por terceiros. Esta situação permitiu ainda alargar conhecimentos no âmbito da relação entre a equipa de saúde e as autoridades, na medida que após a estabilização da vítima, dois agentes da autoridade interrogaram a vítima por forma a perceber se se tratou de uma tentativa de suicídio (parassuicídio) ou de homicídio, e foram realizadas colheitas para análise de taxa de alcoolémia e consumo de drogas. Uma vez que se tratou de uma situação de parassuicídio, foi solicitada avaliação psiquiátrica para a vítima promovendo a continuidade de cuidados e a ativação de apoio adequado com vista à evicção de nova tentativa de suicídio ainda em contexto hospitalar.

A permanência na sala de emergência foi ainda rica em oportunidades de prestação de cuidados a doentes vítimas de Acidente Vascular Cerebral (AVC). Sendo o AVC uma doença incapacitante e potencialmente fatal é imperativo atuar com vista à minimização de tempos entre intervenções. Para tal contribui a via verde AVC. O principal objetivo da VV do AVC é conseguir que todos os doentes com AVC isquémico agudo cheguem a um hospital de forma rápida e segura, tenham acesso a um diagnóstico precoce e a tratamento fibrinolítico dentro da janela terapêutica, na eventualidade deste ser indicado (DGS, 2017a).

Na maioria das situações, ao ser admitido na sala de emergência já foi ativada via verde AVC previamente, pelo que a atuação do enfermeiro compreende a estabilização hemodinâmica

da vítima e preparação para realização de TAC Crânio-encefálica. Neste sentido é o enfermeiro que acompanha o doente até à sala de imagiologia e que vigia sinais de agravamento.

Como houve um número considerável destas situações foi possível assistir à realização da TAC e assistir à avaliação das mesmas pelos médicos o que se demonstrou enriquecedor para o desenvolvimento das aprendizagens. Foi através destes momentos que foi possível aprender conhecimentos sobre a interpretação das imagens radiológicas.

Das diversas situações de ativação de via verde AVC apenas uma foi considerada como viável para realização de trombectomia e após ser solicitado à equipa de saúde também foi possível assistir à realização do procedimento.

As situações enumeradas anteriormente foram aquelas que em contexto de ensino clínico, se exibiram mais significativas pois obrigaram a uma maior mobilização de saberes. Contudo todas as situações que decorreram no ensino clínico foram fundamentais para o processo de aprendizagem, pois mesmo as situações mais simples e de menor gravidade permitiram aumentar o contacto com situações de emergência e foram promovendo o desenvolvimento de autonomia.

Tal como expectável, no início do ensino clínico o nível de autonomia era reduzido e ao longo do ensino clínico foi evoluindo, sendo no fim do estágio capaz de avaliar e prestar autonomamente cuidados de qualidade e em segurança a uma vítima crítica. Note-se que para além do aperfeiçoamento de técnicas e procedimentos esta experiência em sala de emergência permitiu desenvolver competências de liderança, pois é o enfermeiro especialista enquanto responsável da sala de emergência que tem de assumir muitas vezes o papel de chefe de equipa. É ainda função do enfermeiro especialista gerir a alocação de doentes na sala de emergência e em concordância com o médico responsável encaminhar o doente para a área do SU que poderá assegurar cuidados a este doente ou o encaminhamento precoce para outros serviços e/ou unidades.

Coordenação de turno

A liderança de uma equipa será sempre o maior desafio do gestor que em simultâneo deve ser líder. No SU onde decorreu o ensino clínico trabalham aproximadamente 150 enfermeiros e 100 assistentes operacionais que estão sob gestão da senhora enfermeira gestora.

Dada a imensa dimensão do SU é impossível que a senhora enfermeira gestora consiga responder a todas as solicitações. Nesse sentido, para além da senhora enfermeira gestora assumem funções de liderança uma enfermeira adjunta (responsável pela gestão dos materiais e equipamentos) e está em presença física em todos os turnos um enfermeiro coordenador.

Com o intuito de perceber a dinâmica de coordenação e de gestão do SU, durante dois turnos da manhã foi acompanhado o respectivo enfermeiro coordenador. É designado como enfermeiro coordenador de turno, o enfermeiro que é conhecedor em pleno da equipa e da dinâmica do SU. Constatou-se que existe uma equipa definida de coordenadores de turno que vão intercalando entre si. Os membros pertencentes a esta equipa são seleccionados pela senhora enfermeira gestora com base nos seu conhecimentos e competências na prestação de cuidados ao doente crítico, assim como na sua experiência profissional e no facto de serem detentores de formação no âmbito da gestão em saúde. Poderá ser enfermeiro coordenador de turno o enfermeiro que dentro da equipa se destaque de forma relevante. Uma vez que é essencial conhecer a equipa o enfermeiro coordenador de turno para além de assumir um papel na gestão mantém-se na prestação direta de cuidados.

Relativamente ao modo como decorre a liderança no SU não é evidente um tipo de liderança específica. Se considerarmos a liderança que a enfermeira chefe exerce perante os enfermeiros coordenadores podemos considerá-la uma liderança liberal, na medida que durante aquele turno o enfermeiro coordenador pode orientar a equipa e os recursos com base na sua avaliação sem necessidade de validação enfermeira chefe.

Se considerarmos o tipo de liderança exercida pelo enfermeiro coordenador de turno podemos constatar uma liderança carismática. A liderança carismática enfoca a forma de liderar nas características do líder. O líder carismático apresenta características como elevada autoconfiança, integridade moral de suas crenças e excelentes capacidades comunicacionais. De acordo com Moura et al. (2019) a liderança carismática é o estilo de liderança que apresenta maior correlação com uma comunicação efetiva. Daquilo que constatei, o enfermeiro coordenador assumiu características que me permitem identificá-lo como um líder carismático. Contudo é preciso ressaltar que este tipo de liderança poderá não ser o predominante, uma vez que cada enfermeiro coordenador de turno assume as suas particularidades e poderá exercer outro tipo de liderança e a minha avaliação prende-se com o desempenho do enfermeiro coordenador que acompanhei.

Este tipo de liderança, liderança carismática, parece-me bastante adequada uma vez que o enfermeiro coordenador deverá particularmente ser reconhecido pelos seus pares promovendo uma cultura de respeito e motivação de todos e deve conhecer bem os seus pares.

É função do enfermeiro coordenador, ao ter a responsabilidade de distribuir os enfermeiros pelas diversas áreas do SU, conhecer todos os elementos da equipa por forma a otimizar os recursos face às necessidades do serviço. É ainda função do enfermeiro coordenador do turno saber o nível de ocupação do SU bem como a articulação com entidades e serviços exteriores. Poderá solicitar-se a intervenção do enfermeiro coordenador para a tomada de decisão em situações mais susceptíveis de promoverem questões éticas.

3.2 Evidência da Aquisição das Competências de Enfermeiro Especialista na Unidade de Cuidados Intensivos

O percurso de aquisição, desenvolvimento e consolidação das competências especializadas é marcado pelas experiências, atividades e partilha de reflexões entre os pares, com vista à superação dos objetivos definidos no início do ensino clínico. Desta forma é pertinente que se reflita sobre as atividades realizadas de acordo com os objetivos a que me propus alcançar.

Objetivo: Prestar cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;

Os contextos dirigidos para o cuidar da pessoa em situação crítica estão associados à complexidade de técnicas, procedimentos e meios avançados de monitorização e terapêutica para assegurar a estabilidade fisiológica e sobrevivência nesta condição. Em contexto hospitalar a intervenção de Enfermagem começa com a avaliação realizada no momento de admissão na urgência até ao momento em que o doente é admitido na unidade de cuidados intensivos.

O contexto do ensino clínico foi especialmente favorável para o desenvolvimento da capacidade de tomada de decisão, considerando as inúmeras oportunidades de aprendizagem associadas à possibilidade de discussão com peritos na área. Ao longo do processo de aprendizagem, fundamentei a tomada de decisão através do desenvolvimento e mobilização de

competências específicas que permitiram a deteção precoce de complicações e a implementação de intervenções direcionadas para os problemas identificados.

O risco clínico na prestação de cuidados em contexto de Cuidados Intensivos é elevado, dada a necessidade de intervenção rápida e a multiplicidade de procedimentos solicitados em simultâneo. Perante esta problemática, foi fundamental desenvolver estratégias de gestão de cuidados, de comunicação eficaz e de organização. Neste sentido consulte os protocolos em vigor na unidade por forma a diminuir a probabilidade de erro humano, promover a segurança nos cuidados e obedecer às normas institucionais.

A infeção associada aos cuidados de saúde (IACS) é uma problemática atual e diretamente relacionada com a intervenção dos profissionais de saúde. A estratégia de redução baseia-se na minimização do risco associado à prestação de cuidados, nomeadamente pelo cumprimento das precauções básicas de controlo de infeção, das quais a higiene das mãos e o uso de equipamento de proteção individual são os principais componentes (DGS, 2013). Foi fundamental a aplicação de equipamento de proteção individual em todos os momentos da prestação de cuidados, principalmente quando existe maior risco de exposição a aerossóis pelo que esta competência está bem patente na prática. Importa ressaltar que em contexto de doentes com COVID-19, não é viável a higienização das mãos frequentemente pelo que se adoptou pela substituição das luvas sempre que considerado pertinente bem como a utilização de luvas esterilizadas se se justificar.

O doente em situação crítica está sujeito a um sem fim de procedimentos invasivos que aumentam o risco de desenvolvimento de IACS, sendo fundamental a garantia de boas práticas na realização de procedimentos invasivos e na manutenção de dispositivos médicos. Um dos aspetos cruciais da utilização de dispositivos invasivos é a avaliação da necessidade de colocação e a reavaliação diária da necessidade de permanência, sendo que não devem estar presentes dispositivos por rotina (DGS, 2017c). Deve ser considerada a formação de biofilme nos dispositivos, através do qual as bactérias migram do exterior para o interior do corpo, transformando a colonização em infeção (DGS, 2017c). No âmbito dos cuidados intensivos há uma necessidade prolongada de utilização de dispositivos médicos invasivos pelo que esta temática se reveste de especial significado. Constatei que a equipa de saúde está sensibilizada para este facto e que cumprem com rigor as diretrizes de atuação definidas pela DGS para a colocação, manutenção, remoção e ou substituição de dispositivos médicos.

Embora todos os doentes internados na unidade ao longo deste ensino clínico sejam portadores do vírus desencadeante da COVID-19, cada situação se reveste de complexidades

dispares e consequentemente tratamentos diferentes. Na última semana de ensino clínico pude colaborar na prestação de cuidados a um doente submetido a ECMO. A técnica de ECMO consiste na oxigenação por membrana extracorporal e assume-se como uma modalidade extracorporal de suporte da função cardíaca e/ou pulmonar. Face à sua complexidade é utilizada como tratamento de última linha, quando intervenções convencionais não são bem-sucedidas (Extracorporal Life Support Organization [ELSO], 2013).

A técnica de ECMO implica a drenagem de sangue venoso por um circuito extracorporal, a remoção de dióxido de carbono e a oxigenação do sangue e o retorno do sangue oxigenado ao corpo do doente (ELSO, 2013). São parte integrante do circuito de ECMO duas cânulas (inflow/outflow), uma bomba centrífuga e um oxigenador. O oxigenador é um dispositivo de troca de gases que usa uma membrana semipermeável para separar os compartimentos sanguíneo e gasoso. O sangue desoxigenado é drenado pela força da bomba externa, atravessa o oxigenador e é devolvido ao doente. Quando o sangue é drenado e regressa ao doente apenas por veias, o circuito denomina-se de ECMO-VV (venovenoso), permitindo apenas suporte pulmonar. Quando é drenado por uma veia e entregue numa artéria o circuito é apelidado de ECMO-VA (venoarterial), garantindo suporte pulmonar e cardíaco (Silva et al., 2017; ELSO, 2013). Nesta situação específica a técnica utilizada foi o ECMO-VV (venovenoso).

Prestar cuidados ao doente submetido a técnica de ECMO requer conhecimentos especializados na técnica e obriga a uma constante vigilância do doente e da componente tecnológica do equipamento pois uma falha no funcionamento do equipamento implica o compromisso circulatório e consequentemente a vida do doente e há elevada probabilidade do doente desenvolver complicações decorrentes do procedimento. Como complicações possíveis do ECMO temos isquemia do membro inferior, síndrome compartimental e hemorragias pelo local do acesso (Silva et al., 2017).

Importa ressaltar que embora a técnica especializada esteja revestida de elevada complexidade, o domínio do cuidar, isto é a humanização do cuidado deverá ser sempre superior à da técnica a que o doente esteja submetido independentemente de esta ser ECMO ou não.

Objetivo: Adquirir competências para cuidar do doente sob monitorização hemodinâmica invasiva

A intervenção de Enfermagem deve transparecer os conhecimentos na avaliação e interpretação de dados resultantes da monitorização do doente com vista à prevenção e antecipação de problemas.

No decorrer do ensino clínico constatei que o enfermeiro é de entre a equipa multidisciplinar, o elemento basilar na monitorização hemodinâmica invasiva, sendo que o seu papel não passa apenas pela leitura dos valores, mas também pela sua interpretação, permitindo ajustar medidas terapêuticas, bem como implementar intervenções que evitem possíveis complicações.

Atendendo às competências do enfermeiro, particularmente do enfermeiro especialista contacta-se que o enfermeiro detém responsabilidade de colaborar na colocação dos dispositivos para a monitorização hemodinâmica invasiva, na vigilância do seu adequado funcionamento e no controlo de sinais de infeção e possível complicação do local de inserção do mecanismo.

Durante o ensino clínico a minha intervenção passou pelo cumprimento das atividades planeadas no projeto de estágio nomeadamente a monitorização hemodinâmica invasiva da pressão arterial invasiva (PAI) e Pressão intracraniana (PIC), colaboração na preparação de material, na colocação e manutenção da linha arterial e cateter venoso central, utilização adequada da linha arterial para colheitas de sangue e realização de gasometrias, interpretando os seus valores e atuando em conformidade.

A maioria dos doentes internados nos cuidados intensivos são submetidos a monitorização da PAI. A sua monitorização constante, através da linha arterial, permite-nos atuar o mais precocemente possível, por exemplo numa situação de hipotensão severa, se iniciarmos a perfusão de noradrenalina a sua tradução na PAI é quase imediata, existindo um aumento da Pressão Arterial Média. O inverso, ou seja, diminuição da PAM, ocorre por exemplo na substituição da seringa de noradrenalina e na administração de paracetamol, tendo tradução quase imediata na PAI. Para além da tradução numérica da PAI, também adquiri competências na identificação de uma curva de PAI anormal, por exemplo uma curva achatada pode representar uma perda de pressão na bolsa pressurizada, posição incorreta do membro ou torneira fechada para o doente. Já a ausência de curva pode indicar posição incorreta do catéter, assistolia ou desconexão dos cabos.

Embora a linha arterial permita a realização de colheitas de sangue, por norma nesta unidade apenas se usa esse acesso para realização de gasometrias. Esta situação deve-se ao facto de doentes com COVID 19 terem alterações significativas na coagulação.

Todo o doente internado nesta unidade apresenta uma linha arterial. O facto de ser de utilização frequente não implica que seja menos valorizada, muito pelo contrário existem vários cuidados na manutenção da linha arterial (nomeadamente: manter a permeabilidade do cateter, mantendo em perfusão um soro fisiológico sob pressão, evitando assim o retorno de sangue e obstrução do cateter; inspecionar o local de inserção do cateter; vigiar as extremidades do membro cateterizado; utilizar uma técnica asséptica na sua manipulação; posicionar o “zero” ao nível da linha axilar média, com o doente em decúbito dorsal; manter o cateter, apenas o tempo necessário) que deverão ser constantemente assegurados (António, 2019).

Atualmente a indicação da instituição hospitalar em causa é de que previamente ao internamento é imperativo realização rastreio para SARS-CoV-2. Neste sentido aconteceu que um doente que sofreu acidente de viação, testou positivo para a COVID-19 e embora fosse assintomático para a patologia respiratória, apresentava quadro de Traumatismo Craniano o que implicou o internamento na Unidade de Cuidados Intensivos COVID, com necessidade de monitorização da PIC. A monitorização da pressão venosa central pode ser feita através do CVC ou do cateter central de inserção periférica (PICC)(Ferreira et al., 2015).

Durante o ensino clínico apenas um doente foi submetido a essa monitorização e o valor de PIC era negativo o que veio a confirmar o mau posicionamento do cateter e originar a sua remoção.

Embora não o tivesse definido como objectivo para o ensino clínico, no seu decorrer pude colaborar no procedimento de colocação e manutenção de alguns cateteres venosos centrais. Para além da preparação do doente e do material para colocação do Cateter Venoso Central, durante o procedimento considerava as possíveis alterações que pudessem surgir, como por exemplo alterações da simetria do tórax, sinais de dificuldade respiratória, cianose, dor torácica, sendo estes sinais sugestivos de embolia gasosa ou pneumotorax, que acontece quando o cateter fica mal posicionado, na aurícula. No que respeita à manutenção de cateter central é fulcral realçar os cuidados desenvolvidos aquando da sua manipulação, com vista à minimização do número de manipulações e utilizando uma técnica asséptica, prevenindo assim a infeção.

Como condicionantes do ensino clínico decorrer numa unidade afeta a doente COVID, não me foi possível contactar com doentes que necessitassem de monitorização da pressão intra-abdominal e pressão venosa central. Apesar disso, tive oportunidade de partilhar conhecimento e debater estas temáticas com o enfermeiro Tutor.

Objetivo: Cuidar da pessoa submetida a ventilação mecânica

Atendendo ao número de vagas reduzidas para doentes em situação crítica por COVID-19, todos os doentes internados nesta unidade careciam de ventilação mecânica e quando a sua condição melhora são transferidos para outra unidade.

A ventilação mecânica invasiva (VMI) foi a tipologia de ventilação mais encontrada. A VMI é uma terapêutica de suporte respiratório com repercussões em vários sistemas e com potenciais complicações associadas. Consiste num método de ventilar o doente e dependendo da situação pode substituir ou assistir o doente na ventilação (Vareta, 2018).

Cuidar da pessoa submetida a ventilação mecânica é um processo de grande complexidade, que exige conhecimentos, experiência e desenvolvimento de competências que é difícil alcançar no período curto do ensino clínico. Contudo, como é a intervenção mais frequente, acabou por ser mais desenvolvida do que comparativamente com outras.

Cuidar da pessoa sob VMI proporcionou-me a mobilização de conhecimentos sobre a gestão de parâmetros e modos ventilatórios em função da resposta fisiológica, da adaptação da pessoa, dos valores gasométricos, da capnografia e da saturação periférica de Oxigénio. A gestão dos cuidados ao doente ventilado permitiu prevenir, identificar e intervir oportunamente em complicações decorrentes da VMI e implementar ações para prevenir a sua recorrência, intervenção essencial da prática de Enfermagem (Benner et al., 2011).

Compreender o impacto que a VMI causa no doente em situação crítica é desafiante na medida que a intubação implica uma mudança nas funções corporais, limita a capacidade de comunicação e de movimento, altera a imagem, provoca dor, desconforto e ansiedade e requer a administração de medicação sedativa e analgésica para ser tolerada, com todas as complicações associadas (Vareta, 2018)

A pessoa sob VMI está numa condição de elevada vulnerabilidade e total dependência na satisfação das suas necessidades humanas básicas, exigindo a competência e intervenção dos profissionais de saúde com vista à minimização dos efeitos físicos e psicológicos negativos

associados. Esta condição de fragilidade é agravada pela incapacidade de comunicar e de respirar por si.

No ensino clínico apenas assisti a uma situação que permitiu a intubação com o procedimento completo (explicar à pessoa que depende do dispositivo médico para assegurar a respiração, a necessidade de se adaptar ao ciclo respiratório realizado pelo ventilador e que o tubo endotraqueal será removido assim que seja capaz de respirar autonomamente), ou seja antes de se proceder à ação foi explicado e planeado com o doente o processo de entubação. Entendo que esta parceria permitiu minimizar a resposta negativa à VMI pois a falta de esclarecimento é muitas vezes motivo de inquietação, ansiedade e desajuste em relação ao ventilador (Prime et al., 2016).

Tal como já foi apresentado neste documento toda a intervenção ao doente sob VMI deve obedecer aos feixes de intervenção definidos pela DGS como preventivos para a ocorrência de complicações como é o caso da pneumonia associada ao ventilador (DGS, 2015c).

Associada à VMI surgem sinais de dor e conseqüentemente aspetos relacionados com a sedoanalgesia. A dor é relatada como estando associada à presença do tubo endotraqueal e aos próprios procedimentos invasivos que são implementados no doente (DGS, 2015c). Como o doente submetido a VMI não é capaz de se expressar adequadamente é imperativo monitorizar a dor com recurso a estratégias que não estejam dependentes da resposta verbal do doente.

Na unidade, está protocolado a avaliação da dor no doente incapaz de comunicar, com recurso à escala Behavioral Pain Scale (BPS). A escala BPS está validada para Portugal e permite a avaliação da dor em função da expressão facial do doente sendo que a sua aplicação avalia a expressão facial, os movimentos do corpo, a tensão muscular e a sincronia com o ventilador (Batalha et al., 2013; Vareta, 2018).

A sedação no doente crítico, de acordo com Monte (2020), deve ser evitada, sempre que não exista uma condição clínica mandatória para a sua instituição, sendo que esta se associa a um aumento no tempo da ventilação mecânica, do tempo de internamento e da taxa de mortalidade nas unidades de cuidados intensivos. A escala utilizada no serviço para a avaliação e monitorização da sedação é a escala de agitação-sedação de Richmond (RASS), sendo que esta é registada no plano de cuidados diários de Enfermagem, pelo menos 1 vez por turno. A escala de RASS avalia:

Tabela 5- Escala de Agitação- Sedação de Richmond (RASS)

PONTOS	Classificação	Descrição
+4	Agressivo	Violento, perigoso, combativo
+3	Muito agitado	Conduta agressiva, remoção de tubos ou cateteres
+2	Agitado	Movimentos sem coordenação freqüentes
+1	Inquieto	Intranquilo, ansioso, mas sem movimentos vigorosos ou agressivos
0	Alerto e calmo	Alerto, calmo
-1	Sonolento	Parcialmente alerta, facilmente despertável, e mantém contato visual por mais de 10 segundos
-2	Sedação leve	Acorda rapidamente, e faz contato visual com o som da voz por menos de 10 segundos
-3	Sedação moderada	Movimento ou abertura dos olhos ao som da voz, mas sem contato visual
-4	Sedação profunda	Não responde ao som da voz, mas movimentada ou abre os olhos com estimulação física
-5	Incapaz de ser despertado	Não responde ao som da voz ou ao estímulo físico

Fonte: Namigar, T., Serap, K., Esra, A., Özgül, O., Can, Ö., Aysel, A., & Achmet, A. (2017). Correlação entre a escala de sedação de Ramsay, escala de sedação-agitação de Richmond e escala de sedação-agitação de Riker durante sedação com midazolam-remifentaniol. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 67(4), 347–354. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2017.03.006>

Objetivo: Participar no processo de desmame da ventilação mecânica e posterior extubação

O desmame ventilatório deve ser encarado como um processo inevitável para o doente crítico sob VMI, que consiste na redução do suporte ventilatório até que a pessoa consiga respirar espontaneamente. É espectável que se assuma como processo gradual que requer cuidados contínuos, consistentes e dinâmicos, com monitorização da resposta imediata às mudanças fisiológicas e psicológicas (Khalafi et al., 2016).

Segundo Mendes e Miguel (2020) existem vários protocolos para que o médico decida o desmame ventilatório. Para iniciarem o desmame da VM os doentes devem ser submetidos a uma prova de ventilação espontânea, sendo que para isso o doente não deve possuir suporte aminérgico, bem como de sedação, mas deve ter a presença de reflexo de tosse e deglutição. Considera-se que o desmame ventilatório teve sucesso, quando o doente não tem necessidade

de ser conectado ao ventilador até às 48h após a retirada do suporte ventilatório (Mendes & Miguel, 2020).

Na prática constatei que o desmame ventilatório é uma intervenção interdependente de Enfermagem, prescrita pela equipa médica, mas cujo plano ou objetivos terapêuticos que não são discutidos em equipa. A sua execução, monitorização e gestão é assegurada pela equipa de Enfermagem, mas a tomada de decisão é exclusivamente médica.

Face à sua complexidade há um protocolo institucional que prevê as ações e redução de perfusão das terapêuticas por forma a promover um desmame terapêutico progressivo, mas não define se o tubo é imediatamente removido ou se o doente fica em ventilação espontânea, com tubo em t, até ser completamente capaz de respirar sozinho.

Consciente da intervenção do enfermeiro especialista a este nível e sabendo que no despertar a pessoa progride em níveis de consciência no sentido da interação com elementos externos (Mendes & Miguel, 2020), intervi no controlo do ruído, na gestão dos alarmes, no planeamento das intervenções de modo a reduzir as interações durante o sono, no uso de estratégias alternativas à contenção ao leito e na utilização de musicoterapia durante os cuidados, para promover o relaxamento e reduzir a ansiedade.

Outro aspeto a considerar é a influência causada pelo contexto na relação terapêutica. As circunstâncias especialmente complexas e imprevisíveis criam estados de incerteza e requerem constante adaptação à pessoa e situação de cuidados. Sendo este ensino clínico o último do percurso formativo, foi-me exigida a capacidade de autocontrolo, gestão emocional e das relações interpessoais, para além das competências técnicas e práticas. A maturidade profissional a este nível requer um processo de reflexão contínuo sobre a prática, que orientou a aquisição de novas experiências e significados, melhorando a minha prestação enquanto Enfermeira.

Objetivo: Aplicar os princípios de prevenção e controlo de infeção no cuidado à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica

Ao longo do ensino clínico constatei que na equipa de saúde existe uma cultura de prevenção, monitorização e controlo da infeção bastante patente, sendo que a prevenção das IACS é parte integrante das atividades diárias dos profissionais do serviço. Durante todo o estágio apliquei diversas medidas de prevenção de IACS, bem como princípios e técnicas de

assepsia. Como destaque para a superação deste objetivo tem-se o procedimento de serviço que foi elaborado com o intuito de posteriormente ser adaptado a procedimento do serviço (cf. Apêndice II).

Objetivo – Desenvolver competências na administração de protocolos terapêuticos específicos em cuidados intensivos

Neste contexto são vários os protocolos terapêuticos complexos utilizados. Ao longo do ensino clínico consultei, explorei e apliquei protocolos, normas e regulamentos do serviço, com o intuito de padronizar os cuidados e assim minimizar o erro. A probabilidade de ocorrência de incidente numa UCI é elevada (Feijó, 2020), pelo que considero que a minha atuação foi ativa, tendo em vista a minimização do erro e consequentemente a redução ou eliminação do dano para o doente.

Durante o ensino clínico participei de forma ativa, assumindo o meu papel de aprendizagem na implementação e prestação de protocolos terapêuticos complexos, sendo que nesta unidade o enfermeiro tem um papel autónomo acentuado. Por exemplo na administração de noradrenalina, o enfermeiro tem autonomia para gerir velocidade de perfusão por forma a cumprir pressões arteriais médicas definidas para cada doente.

Na implementação destes protocolos importantes torna-se também fulcral a monitorização e avaliação da sua implementação, salvaguardando sempre a vigilância do doente, evitando e antecipando incidentes críticos que possam comprometer a vida e segurança da pessoa. Todos estes aspetos foram facilitadores da minha aprendizagem e do desenvolvimento de competências, permitindo-me diagnosticar precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos, dando respostas de Enfermagem apropriadas às complicações.

4. Avaliação por Competências do Enfermeiro Especialista

Predispor-me a esta formação académica foi um desafio mais complexo do que inicialmente previa. Sendo detentora de formação específica em urgência e emergência poucos foram os conteúdos que se revelaram novidade para mim. Contudo, a aplicação prática destes conhecimentos é que se torna complexa, desafiante e prazerosa.

Destaco deste percurso o desafio, o esforço, a conquista e a superação de dificuldades e em particular a abertura do leque de percepções sobre o trabalho em urgência e emergência. Trabalhando num serviço de internamento de Ortopedia, e tendo cumprido o estágio de opção no Instituto de Emergência Médica em Meio Ambulância Suporte Imediato de Vida (SIV), consegui explorar todas as fases de atuação do enfermeiro e compreender muitas daquelas lacunas, que enquanto enfermeira de internamento, me pareciam difíceis de compreender e aceitar.

Inequivocamente, a prestação de cuidados ao doente crítico tem sido ao longo dos anos uma área alvo de investigação e consequente atualização de procedimentos e conhecimentos. Neste sentido é imperativo que o enfermeiro especialista desenvolva a sua prática baseada na mais recente evidência científica. Uma vez que os indivíduos são seres sociais é imprescindível que associada a uma prática baseada na mais recente evidência científica o enfermeiro desenvolva a sua prática profissional e ética baseada nos princípios e normas deontológicas emanadas pela Ordem dos Enfermeiros.

Embora a metodologia de avaliação dos ensinamentos clínicos se baseie na avaliação dos diversos domínios que regulamentam as competências gerais e específicas do enfermeiro especialista, é impossível dissociar cada um desses domínios para avaliar a prestação do aluno. Todavia, há domínios de acção que estão mais desenvolvidos que outros face às oportunidades que foram surgindo-

É com reflexão crítica que considero que no domínio da responsabilidade profissional ética e legal, no domínio da gestão da qualidade de cuidados e no domínio do desenvolvimento de aprendizagens profissionais o percurso desenvolvido é compatível com um desempenho excelente. Por seu turno no domínio referente às competências específicas na área de

Enfermagem Médico-Cirúrgica entendo que o resultado do percurso desenvolvido se enquadra num nível muito bom e que facilmente transitará para o nível excelente se as oportunidades de prestação de cuidados ao doente crítico forem continuadas no meu percurso profissional.

Considerações Finais

O conhecimento científico e a habilidade técnica do enfermeiro são importantes, mas de pouco adiantarão se o profissional não apresentar um bom relacionamento interpessoal, empatia e assertividade. Constata-se que é imperativo que a Enfermagem encontre o equilíbrio entre o conhecimento científico e a prática de comportamento humanístico. Sendo o enfermeiro especialista descrito como perito, é imprescindível que seja detentor de conhecimentos aprofundados e fundamentados. Para todo o enfermeiro a aquisição de competências é inevitavelmente um processo gradual e inacabado.

Os ensinamentos clínicos nos serviços de urgência e medicina intensiva demonstraram-se um enorme desafio, no qual a motivação, a perseverança e empenho estiveram sempre presentes.

O serviço de urgência onde decorreu o ensino clínico foi um excelente promotor de oportunidades para adquirir e/ou aprofundar competências especializadas na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Todas as atividades inerentes ao ensino clínico como a elaboração do projeto e do relatório de estágio são momentos que por excelência proporcionaram a prática crítico-reflexiva, permitindo analisar a minha atuação/intervenção de forma a implementar melhorias na nossa prática e, conseqüentemente contribuir para a prestação de cuidados cada vez mais qualificados e de excelência. Todo o indivíduo é único e o motivo pelo qual recorre ao serviço de urgência, bem como o modo como percebe o episódio de urgência é ímpar pelo que se configurou de extrema importância que, durante o ensino clínico, conseguisse estabelecer uma relação empática e de confiança mútua com os doentes a quem prestei cuidados.

O ensino clínico no serviço de Medicina Intensiva coincidiu com o término do curso e permitiu que todos os objetivos propostos fossem atingidos com sucesso, tendo-me possibilitado ampliar domínios, como a tomada de decisão, que favoreceu a continuidade dos cuidados, a aquisição de autonomia no desempenho profissional, bem como permitiu fomentar a prática baseada na evidência, cooperando no desenvolvimento pessoal e profissional, mas principalmente na melhoria dos cuidados de saúde prestados aos doentes em situação crítica aos quais prestei cuidados.

O facto de ambos os ensinios clínicos decorrerem em plena Pandemia, mas particularmente o ensino clínico de Cuidados Intensivos decorrer numa unidade dedicada ao tratamento de doentes com SARS-CoV-2, permitiu que fossem desenvolvidos conhecimentos e experienciadas técnicas que não seriam exploradas se o mesmo tivesse ocorrido numa unidade de cuidados intensivos convencional.

Compreendo os ensinios clínicos como o expoente máximo do meu processo de aprendizagem pois implicaram uma constante necessidade de melhoria e evolução. Admito que o desenvolvimento de competências em contexto real tem outro impacto, uma vez que integra as experiências de forma mais sólida e substanciada, dando, assim, continuidade à construção da identidade de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Entendo que a conclusão deste percurso académico não determina o término da construção da minha identidade enquanto Enfermeira Especialista. Muito pelo contrário, acredito que esta jornada me permitiu adquirir e desenvolver competências que promovem a reflexão crítica e que permitem delinear as minhas ambições e ações enquanto Enfermeira Especialista. Se no início do percurso entendia que apenas poderia exercer como especialista nos contextos de urgência ou de cuidados intensivos agora estou convicta que toda esta bagagem que agora me acompanha promove ganhos em saúde e mudanças positivas naquele que é o meu contexto atual de trabalho ou qualquer outro onde possa intervir.

Parte II- Investigação

Título:

Comunicação Segura na Implementação de Cuidados em Enfermagem:
Conhecimento dos Enfermeiros sobre a metodologia ISBAR

Autores:

- Sara Cristina Lopes Ramos

Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, Viseu, Portugal | Centro Hospitalar
Universitário de Coimbra, Serviço de Ortopedia E-HG, Coimbra, Portugal

ORCID- 0000-0001-7696-9908, Sara Cristina Lopes Ramos

- Professora Doutora Madalena Cunha

Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, Viseu, Portugal; UICISA: E, ESEnfC,
Coimbra; SIGMA – Phi Xi Chapter, ESEnfC, Coimbra, Portugal; CIEC- UM, Braga, Portugal

ORCID- 0000-0003-0710-9220 Maria Madalena Jesus Cunha Nunes

Resumo

Introdução: A evidência científica comprova que se não for aplicada uma comunicação padronizada e sistematizada podem ocorrer falhas que comprometem a segurança dos cuidados de saúde. Atendendo que se suporta a transmissão de informação na metodologia Identificação, Situação Atual, Background, Avaliação, Recomendação (ISBAR) é imperativo produzir investigação sobre a sua eficiência nas práticas de saúde.

Objectivo: Avaliar o nível de conhecimentos dos enfermeiros portugueses sobre a metodologia ISBAR.

Metodologia: Estudo quantitativo, do tipo observacional com análise descritiva e foco transversal, realizado com enfermeiros portugueses inscritos na Ordem dos Enfermeiros. A colheita de dados foi realizada através de um Questionário de Conhecimentos construído para o efeito de Ramos e Cunha (2021). O estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Viseu e da OE que promoveu a sua divulgação entre o 04/08/2021 e 04/09/2021.

Resultados: Foram incluídos 142 enfermeiros, representando 0.19% do universo de enfermeiros inscritos na OE em Portugal, maioritariamente do género feminino (78,9%). Nas mulheres é dominante a faixa etária 31-40 anos e no género masculino é predominante a faixa etária 51-60 anos. A maioria dos inquiridos refere não utilizar a metodologia ISBAR (53,5%), sendo os elementos do género masculino que mais a utilizam (60.0%). Apurou-se que 80.3% dos elementos não possui formação específica em «Comunicação» e daqueles que possuem, a maioria tem menos de 10 horas de formação. Apurou-se que as variáveis académicas e as variáveis profissionais influenciam os conhecimentos sobre a metodologia ISBAR.

Conclusão: A segurança dos cuidados deve ser um imperativo na arte do cuidar. Atendendo a que a evidência demonstra que a frequência de formação específica em comunicação e particularmente sobre a metodologia ISBAR predizem um maior nível de conhecimentos e que 27,5% dos participantes detém baixo nível de conhecimento sobre a metodologia ISBAR é expectável que a adopção de programas curriculares académicos com inclusão destes conteúdos, e respectivo treino e formação poderão melhorar os Cuidados, promover segurança e produzindo ganhos em Saúde.

Palavras-chave: Comunicação Segura, Conhecimento, Enfermeiros, ISBAR, Segurança nos Cuidados

Abstract

Introduction: Scientific evidence proves that if standardized and systematized communication is not applied, failures that compromise health care safety may occur. Since the transmission of information is supported in the methodology Identification, Situation, Background, Evaluation, Recommendation (ISBAR) it is imperative to produce research on its efficiency in health practices.

Objective: To evaluate the level of knowledge of Portuguese nurses about the ISBAR methodology.

Methodology: Quantitative, observational study with descriptive analysis and cross-sectional focus, conducted with Portuguese nurses enrolled in the Order of Nurses. Data collection was performed through a Knowledge Questionnaire constructed for the purpose of Ramos and Cunha (2021). The study received a favorable opinion from the Ethics Committee of the Polytechnic Institute of Viseu No. 26/SUB/2021 and the OE promoted its dissemination between 04/08/2021 and 04/09/2021.

Results: We included 142 nurses, representing 0.19% of the universe of nurses enrolled in the EO in Portugal, mostly female (78.9%). In women the age group is 31-40 years old and in the male gender the age group 51-60 years is predominant. The majority of respondents reported not using the ISBAR methodology (53.5%), with male members using it the most (60.0%). It was found that 80.3% of the elements do not have specific training in «Communication» and of those who have, most have less than 10 hours of training. It was found that academic variables and professional variables influence knowledge about the ISBAR methodology proportionally.

Conclusion: The safety of care should be an imperative in the art of care. Given that the evidence shows that the frequency of training specifies in communication and particularly on the ISBAR methodology predict a higher level of knowledge and that 27.5% of the participants has a low level of knowledge about the ISBAR methodology, it is expected that the adoption of academic curricula with inclusion of these contents, and their training and training can improve care, promote safety and produce gains in Health.

Keywords: Care Safety, ISBAR, Knowledge; Nurses, Secure Communication

Resumen

Introducción: La evidencia científica demuestra que si no se aplica la comunicación estandarizada y sistematizada, pueden ocurrir fallas que comprometan la seguridad de la atención médica. Dado que la transmisión de información se apoya en la metodología Identificación, Situación Actual, Antecedentes, Evaluación, Recomendación (ISBAR) es imperativo producir investigaciones sobre su eficiencia en las prácticas de salud.

Objetivo: Evaluar el nivel de conocimiento de las enfermeras portuguesas sobre la metodología ISBAR.

Metodología: Estudio cuantitativo, observacional con análisis descriptivo y enfoque transversal, realizado con enfermeras portuguesas inscritas en la Orden de Enfermeras. La recolección de datos se realizó a través de un Cuestionario de Conocimiento construido para fines de Ramos y Cunha (2021). El estudio recibió una opinión favorable del Comité de Ética del Instituto Politécnico de Viseu nº 26/SUB/2021 y la OE promovió su difusión entre el 04/08/2021 y el 04/09/2021.

Resultados: Se incluyeron 142 enfermeras, que representan el 0,19% del universo de enfermeras matriculadas en la OE en Portugal, en su mayoría mujeres (78,9%). En las mujeres el grupo de edad es de 31-40 años y en el género masculino predomina el grupo de edad de 51-60 años. La mayoría de los encuestados informaron que no usaban la metodología ISBAR (53,5%), siendo los miembros masculinos los que más la usaban (60,0%). Se comprobó que el 80,3% de los elementos no tienen formación específica en «Comunicación» y de los que sí la tienen, la mayoría tiene menos de 10 horas de formación. Se encontró que las variables académicas y las variables profesionales influyen proporcionalmente en el conocimiento sobre la metodología ISBAR.

Conclusión: La seguridad en el cuidado debe ser un imperativo en el arte del cuidado. Dado que la evidencia muestra que la frecuencia de la formación especificada en la comunicación y particularmente en la metodología ISBAR predicen un mayor nivel de conocimiento y que el 27,5% de los participantes tiene un bajo nivel de conocimiento sobre la metodología ISBAR, se espera que la adopción de currículos académicos con inclusión de estos contenidos, y su capacitación y capacitación puedan mejorar la atención, promover la seguridad y producir ganancias en Salud.

Palabras clave: Comunicación segura, Enfermeras, ISBAR, Conocimientos, Seguridad en la atención,

Introdução

A segurança dos cuidados é impossível de ser dissociada do processo comunicativo, suporte imprescindível ao ato de cuidar. É de tal forma essencial assegurar um processo de comunicação sem erros e imprecisões, que a Comunicação Segura e Eficaz assume um papel fulcral na Enfermagem. A Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem (CIPE) define comunicação como sendo “um comportamento interativo que permite a transmissão e a receção de informações, recorrendo para tal a comportamentos verbais e não verbais, podendo ser face a face ou utilizado meios tecnológicos, como por exemplo o telefone ou o computador” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016, p. 8).

Com o intuito de melhorar a transmissão de informação dos doentes, a The Joint Commition recomendou a implementação de um sistema padronizado para a transmissão de informação pois a standartização do método de transmissão de informação reduz a perda de informação essencial e promove a continuidade dos cuidados (The Joint Commition, 2017). Note-se que a JCI (2017) identificou os erros de comunicação como o fator que mais contribui para os erros em saúde, sendo na passagem de turno que cerca de 80% dos eventos adversos acontece.

Em Portugal, a problemática da qualidade em saúde tem sido progressivamente trabalhada e legislada. Exemplo disso foi a aorovação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015 – 2020 (PNSD). O despacho correspondente enfatiza que a qualidade na saúde assenta na pertinência dos cuidados, na sua segurança, na sua aceitabilidade e acessibilidade e na sua prestação no momento oportuno. Em simultâneo, reforça que a segurança do doente assenta ainda na garantia da continuidade dos cuidados, na sua eficiência e na sua efetividade (Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de fevereiro, 2015). É neste sentido, que tendo em conta a importância de uma comunicação eficaz na transição dos cuidados e na segurança do doente, constante no segundo ponto do PNSD, que a Direção Geral de Saúde (DGS) emitiu em 2017 a Norma 001/2017: Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde. Esta norma tem como principal objetivo a uniformização de boas práticas garantindo uma comunicação eficaz entre profissionais de saúde, acerca da transição de cuidados de saúde dos doentes, garantindo uma comunicação precisa e oportuna de informações de modo que possíveis erros e lacunas

sejam mitigados, diminuindo, deste modo, a mortalidade dos doentes (DGS, 2017). Esta norma apresenta a técnica ISBAR como a ferramenta de padronização de comunicação em situações de transição de cuidados. O seu principal objetivo é normatizar a comunicação na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados por forma a promover a segurança do doente (DGS, 2017).

São várias as organizações e entidades a nível internacional a recomendar a metodologia ISBAR como instrumento facilitador da normalização da comunicação na transferência de informação, uma vez que esta permite uma “ fácil memorização pelos profissionais e pela possibilidade de replicação em diferentes contextos da prestação de cuidados, mas também, porque é uma estratégia de compreensão de mensagens, recorrendo a uma metodologia padronizada, simples, flexível, concisa e clara”(DGS, 2017, p.5).

Paralelamente, a evidência científica demonstra que uma comunicação eficaz entre profissionais permite diminuir situações de redundância, poupar tempo, aumentar a segurança do doente e a satisfação da equipa (Martin & Ciurzynski, 2015).

Face à pertinência da problemática, a presente investigação pretende dar resposta à seguinte questão geral de investigação:

- Qual o nível de conhecimento dos Enfermeiros Portugueses sobre a metodologia ISBAR?

Partindo da questão supracitada, delineou-se como objetivos primários para este estudo:

-Avaliar a frequência de formação específica em Comunicação;

-Avaliar os conhecimentos dos Enfermeiros sobre a metodologia ISBAR;

-Determinar a relação das variáveis sociodemográficas, académicas e profissionais com o nível de conhecimento dos Enfermeiros sobre a metodologia ISBAR.

1. Enquadramento teórico

A comunicação é essencial em todas as interações humanas independentemente do contexto e dos indivíduos que comunicam. Todavia, comunicar em contexto de prestação de cuidados de Saúde assume particular importância porque tal como a abordagem ética do profissional implica considerar o indivíduo de forma holística, há uma necessidade de comunicar eficazmente com o doente, com a sua família e restantes profissionais de saúde implicados no processo de cuidar (Tobin & Watters, 2020).

Com vista à melhor compreensão da problemática da comunicação segura em saúde, foi realizada uma revisão bibliográfica integrativa por forma a conhecer a mais recente evidência científica sobre o assunto em causa. Assim no dia 8 de Junho de 2021 foi realizada uma pesquisa na plataforma EBSCOhost, na base de dados CINAHL Complete e B-ON e no Recurso Nursing Reference Center Plus, foi selecionado o friso Temporal 2019-2021, e limitadas pesquisas à língua Portuguesa, Inglesa e Espanhola. Foram utilizados os termos: “ISBAR”, “Nursing”, “health Knowledge, attitude, practices”.

Seguindo a metodologia supra citada, verificou-se um total de 80 artigos [plataforma EBSCOhost 15 artigos sendo que apenas foram **analisados 10 artigos** (3 encontravam-se repetidos e 2 foram excluídos porque não tratavam o assunto, na CINAHL selecionado o **único artigo** disponível, na B-ON analisados **11 artigos** dos 61 apresentados (excluídos 3 por se encontrarem repetidos, 2 de acesso bloqueado e 45 porque o assunto não se enquadrava no presente estudo) e no Nursing Reference Center Plus analisados os **3 artigos** disponíveis].

Atendendo que a prática de Enfermagem é amplamente legislada e normatizada, foram ainda incluídos no enquadramento teórico os princípios da Direcção Geral de Saúde que normatizam o assunto. Assim, da análise dos 25 artigos que respeitavam os critérios definidos e da legislação em vigor, resultam os dados de suporte ao presente enquadramento teórico.

A competência comunicacional é definida por Tobin e Watters (2020) como sendo a capacidade de no ato de comunicar, comunicar eficazmente com pacientes, familiares, cuidadores, colegas e outras pessoas envolvidas a fim de facilitar a prestação de cuidados

seguros e de qualidade. Promove ainda as características de objectividade, sem julgamentos ou opiniões (Caple, 2018b).

Todo o enfermeiro deve ser detentor de competência comunicacional na medida que nos momentos de transição de cuidados de saúde o foco da transmissão de informação é a segurança dos cuidados prestados e a continuidade dos mesmos. Entende-se como transição de cuidados de saúde qualquer momento em que aconteça a transferência de responsabilidade de cuidados e da informação entre os prestadores de cuidados de saúde (DGS,2017). A comunicação, entre profissionais de saúde e entre instituições prestadoras de cuidados, sobre identificação e informações do estado de saúde do doente, sempre que existe transferência da responsabilidade de prestação de cuidados, denomina-se como transmissão de informação (DGS,2017).

O processo de transmissão de informação, implica a transferência, temporária ou permanente, da responsabilidade de prestação de cuidados, e só se considera eficaz se o significado da mensagem transmitida for compreendido e entendido de forma igual entre as partes (Broadfoot & Guth, 2019; Verholen et al., 2021).

Em Enfermagem, a troca de informação (handover) consiste no ato de comunicar pelo qual os enfermeiros partilham informação sobre o estado geral e cuidados do doente bem como do respetivo trabalho de Enfermagem (Noh & Lee, 2020). A transmissão de informação acontece maioritariamente no momento da Passagem de Turno de Enfermagem. É neste momento que é apresentado um breve relatório que permite ao enfermeiro de saída de turno, resumir as informações necessárias e pertinentes, para que o enfermeiro que inicia turno garanta a continuidade dos cuidados e assuma facilmente a responsabilidade dos cuidados (Hou et al., 2019).

A evidência consultada suporta que a transmissão de informação, tem impacto decisivo na eficiência dos cuidados de Enfermagem e na segurança do doente, na medida que a continuidade dos cuidados só pode ser assegurada pela transmissão de informação com recurso a uma comunicação eficaz (Burgess et al., 2020; Mennela & Heering, 2018; Noh & Lee, 2020; Pun et al., 2019). A transmissão de informação por enfermeiros não só permite diminuir a ocorrência de erro como serve de apoio social entre os pares e proporciona a compreensão mútua e a coesão de grupo (Hou et al., 2019; Pun et al., 2019).

Face aos múltiplos contextos e pessoas intervenientes, os momentos de transferência de informações são identificados como situações de alto risco para ocorrência de erros (Verholen

et al., 2021). Qualquer erro de transferência pode colocar em risco a segurança do paciente (Burgess et al., 2020; Schmidt et al., 2019; Verholen et al., 2021).

A Comissão Europeia considera que as falhas comunicacionais, decorrentes da transferência de comunicação deficitária, são causa de 25 a 40% de todos os eventos adversos notificados (Verholen et al., 2021). Também Ehlers et al. (2021) no seu estudo publicado em 2016 documentam que erros de comunicação causaram 1744 mortes e 1,7 biliões de dólares em hospitais americanos, num período de 5 anos. Por seu turno a Joint Commission atribuiu 80% dos erros médicos graves a falha de comunicação durante a transferência de informação (Caple, 2018^a; Peran et al., 2019). Em relação aos estudos nacionais, apesar da pouca diversidade, é de referenciar um estudo de 2012 que diz respeito a falhas na comunicação em situações de transição, onde se verificou que 50% dos casos tinham inexistência de comunicação eficaz entre os profissionais de saúde, de forma a garantir a continuidade informacional nos cuidados de saúde [DGS,2017]. As falhas mais comuns decorrentes da transferência de cuidados estão relacionadas com as omissões de informação, erros nas informações, falta de precisão e a falta de priorização das atividades por parte dos enfermeiros que prestam cuidados [DGS,2017]. Melhorar a segurança do doente aquando da prestação de cuidados de saúde é um processo desafiador, mas crucial (Pun et al., 2019).

Em 2008, a Organização Mundial de Saúde (OMS) entendeu que a melhoria dos aspectos comunicacionais deveria assumir-se como uma das cinco prioridades para cumprir a segurança dos doentes nos países industrializados. Desde então um grande número de protocolos de padronização de transmissão de informação foram desenvolvidos e aplicados (Ehlers et al., 2021). Esta entidade define segurança do paciente como a ausência de um dano evitável ao paciente, durante a prestação de cuidados e redução da probabilidade de erro e consequente risco desnecessário a um mínimo aceitável (Verholen et al., 2021).

A Direcção Geral de Saúde (DGS) também advoga que a segurança do doente consiste na redução do dano desnecessário ao doente, para um mínimo aceitável, sendo que esse mínimo aceitável é de modo geral direccionado para o conhecimento atual dos recursos disponíveis e dos contextos da prestação de cuidados (DGS,2017).

Em Portugal, esta problemática tem vindo a ser estudada e legislada e as suas diretrizes tem vindo a ser implementada nos últimos anos. Em 2017, a Direcção Geral de Saúde apresentou a norma intitulada de “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde” que apresenta diversos conceitos inerentes ao processo, tais como: segurança do doente, transição de cuidados de saúde, transmissão de informação, Comunicação eficaz entre profissionais de

saúde, ISBAR. Esta norma preconiza que a transição de cuidados e de responsabilidade deva cumprir uma comunicação eficaz entre as equipas prestadoras de cuidados, e para garantir a segurança do doente deve ser normalizada a utilização da mnemónica ISBAR em todos os níveis de prestação de cuidados que implique a transição dos mesmos.

A metodologia ISBAR é baseada no sistema “SBAR” desenvolvida primeiramente pela Marinha dos Estados Unidos da América para garantir comunicações claras, precisas entre os meios navais (Burgess et al., 2020). A metodologia ISBAR, implementada pela Organização Mundial de Saúde, fornece uma abordagem sistematizada para a comunicação, que face ao seu carácter padronizado pode ser adaptado a qualquer contexto clínico, como a passagem de turno, a transferência intra e inter-hospitalar ou para a escalada de deterioração do estado do doente (Burgess et al., 2020). É uma ferramenta padronizada, de simples aplicabilidade que permite apresentar de forma sucinta, oportuna e consistente a condição do doente mesmo perante situações complexas (Verhopen et al., 2021), independentemente de ser utilizada em contexto hospitalar ou comunitário (Moore & Roberts, 2019).

A mnemónica ISBAR é recomendada com vista ao aumento da integridade e rigor da transferência de informação aquando da transferência (Hou et al., 2019).

Na consulta bibliográfica, constatou-se que os estudos realizados com o intuito de avaliar a aplicabilidade da mnemónica ISBAR aferiram que os profissionais que aplicaram esta metodologia experimentaram alguns desafios até dominarem a mnemónica, mas perceberam que a ISBAR permitiu superar lacunas relacionadas com diferentes estilos comunicacionais que podem promover viés da informação bem como superar limitações relacionadas com posições hierárquicas, na medida que uma estrutura de comunicação padronizada permite achatar a estrutura hierárquica e empoderar profissionais com consequentes canais de comunicação mais eficazes (Ballantrud et al., 2020).

Priorizando a comunicação eficaz e segura como parte essencial para a segurança dos cuidados ao doente, torna-se imperativo implementar a mnemónica ISBAR na prestação de cuidados. Assim, por forma a promover a sua implementação é imperativo que se domine cada uma das categorias I-S-B-A-R da mnemónica.

Na categoria I (Identificação) está contemplada a informação inerente à identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação assim como o doente a que respeita a informação; Na categoria S (Situação atual) deve ser apresentada o motivo atual de necessidade de cuidados de saúde); Na categoria B (Antecedentes- tradução de “background”) o profissional

deve descrever os factos clínicos, de Enfermagem e outros considerados de relevo para a condição de saúde, tal como vontades e direcções antecipadas de vontade do doente; Na categoria A (Avaliação) devem ser transmitidas informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída, estratégias de tratamento e alterações significativas ao estado geral do doente; Na Categoria R (Recomendações) deve haver descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente.

O modelo explicativo da mnemónica ISBAR permite facilitar a memorização da informação pertinente a transmitir e face ao seu cabal interesse é apresentado de seguida:

Figura 2- Mnemónica ISBAR

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

Fonte: Portugal, Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde (2017). Norma 001/2017 de 08.02.2017. Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde. Acedido em Maio, 15, 2021, em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

Importa ressaltar que a mais recente evidência faz referência a uma diversidade de adaptações à mnemónica ISBAR, por exemplo o ISBAR-CARE, K-ISBAR E ISBARQ. Todas estas adaptações prendem-se com a necessidade de o profissional de saúde não se focar apenas nos aspectos clínicos da metodologia ISBAR mas associar a eles a empatia, os cuidados

individualizados e o espaço para questões pertinentes. Atendendo que a prática Enfermagem é amplamente legislada e é preconizado que os enfermeiros tenham na génese da sua acção as teorias de Enfermagem que preconizam a avaliação do indivíduo como um ser holístico, não parece fazer sentido adicionar adaptações à mnemónica ISBAR.

2. Métodos

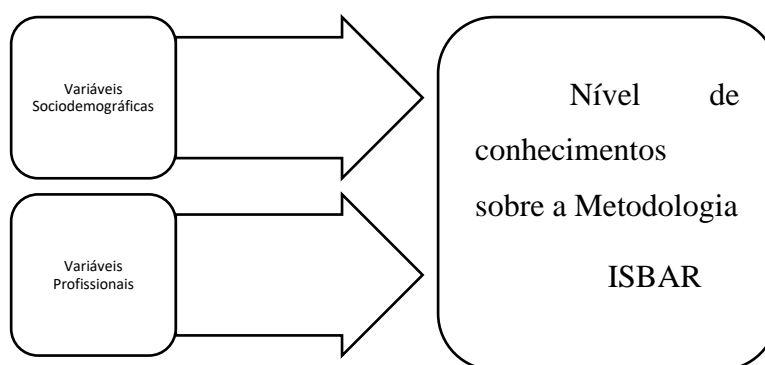
O estudo de natureza quantitativa, do tipo observacional com análise descritiva e foco transversal, foi realizado com Enfermeiros inscritos na Ordem do Enfermeiros (OE) que exercem funções em Portugal Continental e Arquipélagos. Para melhor definição e delimitação da amostra a considerar, foi previamente definido que o período de tempo para a colheita de dados que seria de 04 de agosto a 4 de setembro de 2021.

Em busca de novo conhecimento sobre o assunto, com o desenvolvimento deste estudo pretende dar-se resposta à **questão de investigação:**

- Qual o Nível de Conhecimento dos Enfermeiros Portugueses sobre a Metodologia ISBAR?

Atentando as variáveis em estudo e o mapeamento da evidência científica apresentado no enquadramento teórico, é espectável que as variáveis académicas, profissionais e sociodemográficas influenciem de forma positiva o nível de conhecimentos dos enfermeiros sobre a metodologia ISBAR. Por tal, apresenta-se na figura seguinte a esquematização espectável desta influência, que será refutada com os resultados da investigação:

Fig.3- Relação entre as variáveis e o nível de conhecimentos



2.1. Amostra e/ou Participantes

A população definida para este estudo integrou os Enfermeiros inscritos como membros da Ordem dos Enfermeiros (OE) de Portugal a exercer funções em instituições portuguesas,

num total de 73912 Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2018), obtendo-se uma amostra de 142 enfermeiros que corresponde a 0,19% do total de Enfermeiros da OE, denotando uma baixa adesão do estudo. Prevalencem os elementos do género feminino (78.9%) da faixa etária dos 31-40 anos (43.0%), com o grau de licenciado do género feminino (38.4%) e o Mestrado no género Masculino (33.3%).

2.1.1 Critérios de Inclusão

Aplicou-se a técnica de amostragem não probabilística, com os seguintes critérios de inclusão: Pessoas inscritas na Ordem dos Enfermeiros em Portugal. Como critérios de exclusão, considerou-se pessoas detentoras de Licenciatura e Mestrado em Enfermagem não inscritas na Ordem dos Enfermeiros.

2.2. Instrumento de Colheita de Dados

A recolha de dados foi realizada através de um Questionário de Conhecimentos sobre a metodologia ISBAR de Ramos e Cunha (2021), criado para o efeito, divulgado via online pela Ordem dos Enfermeiros, no período compreendido entre 4 de Agosto e 4 de Setembro.

Este incorpora oito questões de caracterização sociodemográfica e de contexto (género, idade, zona de residência, habilitação académica, anos de experiência profissional, tipologia de unidade/serviço onde exerce funções, utilização da metodologia ISBAR, ser detentor de formação específica em comunicação segura) e 24 questões relativas à metodologia ISBAR. As 24 questões referentes à metodologia ISBAR preconizam que o enfermeiro aloque a cada item, o termo ISBAR correspondente.

EVIDÊNCIA DE VALIDADE DO QUESTIONÁRIO DE RAMOS E CUNHA (2021)

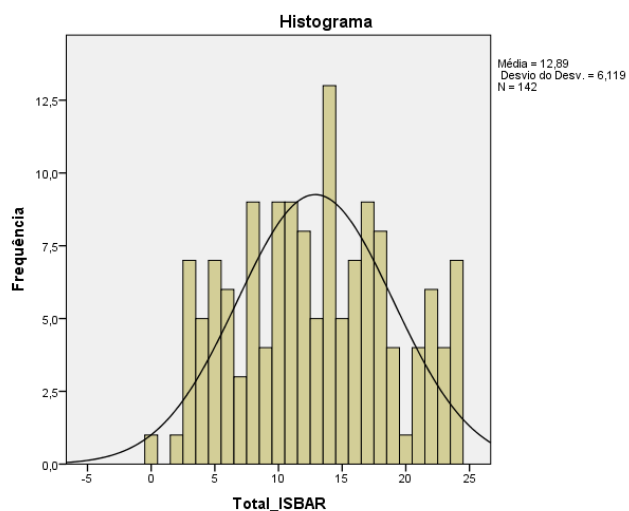
Consistência interna (fiabilidade)

Com o intuito de melhor dimensionar a aplicabilidade do questionário do nosso estudo, foi efetuado o estudo da consistência interna (homogeneidade dos itens) para cada um deles. No quadro seguinte estão esquematizados os respectivos Alphas de Cronbach obtidos para cada um após a devida correção. Pela análise das correlações do respectivo item com os restantes, estas oscilam entre associações positivas fracas (0,211) e associações positivas fortes (0,724). Estes valores são bons, porque nos indicam que todos os itens contribuem mais ou menos de forma homogênea e no mesmo sentido (correlações positivas) para a utilização da metodologia ISBAR. Já pela análise dos Alphas de Cronbach, os valores obtidos são satisfatórios (todos superiores a 0,878), o que nos indica que mesmo excluindo os itens um a um, os valores de fiabilidade interna (alpha) mantêm-se superiores a 0,878; o que significa que a comunicação pela metodologia ISBAR não depende exclusivamente de um só item. Em termos gerais, o valor de alpha global obtido (0,888) é considerado muito bom.

Tabela 1- Alpha de Cronbach para os itens da escala de Avaliação de Conhecimentos sobre a Metodologia ISBAR

Itens da Escala de ISBAR	Médias	Correlação entre itens	Alpha de Cronbach (Após itens eliminados)
Item 1	62,61	0,356	0,886
Item 2	62,33	0,219	0,890
Item 3	62,27	0,211	0,891
Item 4	62,07	0,281	0,890
Item 5	62,15	0,295	0,889
Item 6	62,22	0,328	0,887
Item 7	61,69	0,455	0,884
Item 8	60,79	0,422	0,885
Item 9	61,20	0,542	0,883
Item 10	61,04	0,502	0,883
Item 11	61,02	0,520	0,882
Item 12	61,17	0,625	0,881
Item 13	61,14	0,724	0,879
Item 14	60,95	0,612	0,881
Item 15	60,91	0,577	0,881
Item 16	60,54	0,578	0,881
Item 17	61,11	0,531	0,882
Item 18	60,91	0,496	0,883
Item 19	60,83	0,536	0,882
Item 20	60,46	0,639	0,879
Item 21	60,68	0,576	0,881
Item 22	59,81	0,664	0,878
Item 23	60,26	0,488	0,884
Item 24	60,61	0,476	0,885
Alpha global			0,888

Gráfico 1 – Histograma dos Conhecimentos sobre a metodologia ISBAR, com curva de normalidade



A análise estatística foi realizada informaticamente através do programa SPSS. 25, em que se utilizaram os seguintes níveis de significância:

$p \geq 0.05$ – não significativo

$p < 0.05$ – significativo

$p < 0.01$ – bastante significativo

Este nível de significância permite-nos afirmar com uma "certeza" de 95%, caso se verifique a validade da questão em estudo, a existência de uma relação causal entre as variáveis.

3. Resultados

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

A amostra contou com 142 Enfermeiros, maioritariamente do género feminino (n=112; 78,9%). Em relação ao grupo etário, a maioria dos elementos têm entre 31-40 anos (n=61) sendo que a maioria é de género feminino. Já para o género masculino, o grupo etário dominante é o incluído na faixa etária 51-60 anos com 40,0%. Entre o grupo etário e género não encontramos diferenças significativas ($\chi^2=8,043$; $p=0,090$), situação também comprovada pela distribuição dos valores residuais (cf. tabela 2).

A maioria dos participantes habitam na cidade com 62,0% não havendo diferenças significativas entre os géneros, tal como não se constata diferença significativa entre a nacionalidade ($\chi^2=5,270$; $p=0,072$), situação também comprovada pela distribuição dos valores residuais (cf. tabela 2).

Por fim, e no que se refere às habilitações académicas, a maioria dos elementos do género feminino são licenciados com 33,8%, enquanto no género masculino dominam os mestrados com 33,3%.

Tabela 2- Caracterização das variáveis sociodemográficas em função do género

Género	Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	Nº (112)	% (78,9)	Nº (30)	% (21,1)	Nº (142)	% (100.0)	Fem.	Masc.
Variáveis								
Grupo etário								
21-30 anos	15	13,4	3	10,0	18	12,7	0,5	-0,5
31-40 anos	54	48,2	7	23,3	61	43,0	2,4	-2,4
41-50 anos	17	15,2	7	23,3	24	16,9	-1,1	1,1
51-60 anos	24	21,4	12	40,0	36	25,4	-2,1	2,1
61-70 anos	2	1,8	1	3,3	3	2,1	-0,5	0,5
Residência								
Aldeia	25	22,3	6	20,0	31	21,8	0,3	-0,3
Vila	22	19,6	1	3,3	23	16,2	2,2	-2,2
Cidade	65	58,0	23	76,7	88	62,0	-1,9	1,9
Habilitações								
Bacharelato	1	0,9	---	0,0	1	0,7	0,5	-0,5
Licenciatura	43	38,4	5	16,7	48	33,8	2,2	-2,2

Pós-graduação	23	20,5	6	20,0	29	20,4	0,1	-0,1
Pós-licenciatura	16	14,3	8	26,7	24	16,9	-1,6	1,6
Mestrado	29	25,9	10	33,3	39	27,5	-0,8	0,8
Doutoramento	---	0,0	1	3,3	1	0,7	-1,9	1,9

CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL

O tempo de experiência profissional oscilou entre um mínimo de 1 ano e um máximo de 43 anos, ao que corresponde um tempo médio de 17,30 anos, um desvio padrão de 10,05 anos, e com coeficientes de variação com uma dispersão elevada (> a 30%) (cf. Tabela 3).

As estatísticas sobre as horas de formação específica em comunicação permitiram apurar a oscilação entre um mínimo de 1 hora e um máximo de 50 horas, ao que corresponde um tempo médio de 5,64 horas, um desvio padrão de 0,86 horas e coeficientes de variação com uma dispersão moderada (entre 15% e 30%) (cf. Tabela 3)

Tabela 3- Estatísticas relativas ao tempo de experiência profissional

	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Experiência profissional	1	43	17,30	10,05	58,09	1,985	-2,007
Horas de formação	1	50	5,64	0,86	15,25	5,372	6,570

Em relação ao tempo de experiência profissional, a maioria dos elementos têm menos de 15 anos com 50,7%, situação que se confirma em ambos os géneros. O tempo de experiência profissional não difere significativamente face ao género ($\chi^2=4,965$; $p=0,084$), situação também apurada pela distribuição dos valores residuais (cf. tabela 3).

Prevalecem os Enfermeiros que exercem funções nas enfermarias com 47,9%, sendo que 53,6% dos elementos são do género feminino. Já nos homens salientamos o pré-hospitalar como a unidade onde mais elementos exercem a sua atividade, com diferenças estatísticas altamente significativas ($\chi^2=30,206$; $p=0,000$), situação também comprovada pela distribuição dos valores residuais (cf. tabela 3).

A maioria dos elementos nega a utilização da metodologia de ISBAR com 53,5%. Também no género feminino a situação se confirma, não se encontrando diferenças estatísticas significativas face ao género, situação comprovada pela distribuição dos valores residuais e pelo teste de qui-quadrado ($\chi^2=2,795$; $p=0,095$).

A formação específica sobre a metodologia ISBAR ainda não predomina entre os enfermeiros pois 80,3% nega possuí-la. Neste caso, encontramos diferenças bastante significativas ($\chi^2=9,884$; $p=0,002$), situação também comprovada pela distribuição dos valores residuais (cf. tabela 3).

Em relação ao n.º de horas de formação, a maioria dos elementos têm menos de 10 horas com 78,6%, situação observada em ambos os géneros. Não encontramos diferenças significativas para o número de horas de formação na função do género. ($\chi^2=0,283$; $p=0,595$), situação também comprovada pela distribuição dos valores residuais (cf. tabela 3).

A maioria dos participantes (57,1%) frequentou formação na área em contexto de formação em serviço, não encontramos diferenças estatísticas significativas entre géneros, situação comprovada pela distribuição dos valores residuais e pelo teste de qui-quadrado ($\chi^2=0,978$; $p=0,807$).

Tabela 4- Caracterização das variáveis profissionais em função do género

Género	Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	Nº (112)	% (78,9)	Nº (30)	% (21,1)	Nº (142)	% (100,0)	Fem.	Masc.
Variáveis								
Experiência								
≤15 anos	60	53,6	12	40,0	72	50,7	1,3	-1,3
16-30 anos	42	37,5	11	36,7	53	37,3	0,1	-0,1
>30 anos	10	8,9	7	23,3	17	12,0	-2,2	2,2
Unidade								
BO	11	9,8	1	3,3	12	8,5	1,1	-1,1
Enfermaria	60	53,6	8	26,7	68	47,9	2,6	-2,6
Pré-hospitalar	7	6,3	13	43,3	20	14,1	-5,2	5,2
CS 1ºs	4	3,6	---	0,0	4	2,8	1,0	-1,0
Cuidados paliativos	1	0,9	---	0,0	1	0,7	0,5	-0,5
SU	8	7,1	1	3,3	9	6,3	0,8	-0,8
UCI	10	8,9	4	13,3	14	9,9	-0,7	0,7
Outro	11	9,8	3	10,0	14	9,9	0,0	-0,0
Utiliza ISBAR								
Não	64	57,1	12	40,0	76	53,5	1,7	-1,7
Sim	48	42,9	18	60,0	66	46,5	-1,7	1,7
Formação específica								
Não	96	85,7	18	60,0	114	80,3	3,1	-3,1
Sim	16	14,3	12	40,0	28	19,7	-3,1	3,1
Horas de formação								
≤10 horas	12	75,0	10	83,3	22	78,6	-0,5	0,5
>10 horas	4	25,0	2	16,7	6	21,4	0,5	-0,5
Tipo de formação								
Ação de formação	10	62,5	7	58,3	17	60,7	0,2	-0,2

Curso breve	3	18,8	3	25,0	6	21,4	-0,4	0,4
Congresso	1	6,3	---	0,0	1	3,6	0,9	-0,9
Outro	2	12,5	2	16,7	4	14,3	-0,3	0,3
Contexto da formação								
Formação em serviço	9	56,3	7	58,3	16	57,1	-0,1	0,1
Curso breve	4	25,0	2	16,7	6	21,4	0,5	-0,5
Curso mestrado	1	6,3	---	0,0	1	3,6	0,9	-0,9
Congresso	1	6,3	---	0,0	1	3,6	0,9	-0,9
DEP	---	0,0	2	16,7	2	7,1	-1,7	1,7
INEM	---	0,0	1	8,3	1	3,6	-1,2	1,2
Outro	1	6,3	---	0,0	1	3,6	0,9	-0,9

CONHECIMENTO SOBRE A METODOLOGIA ISBAR

As estatísticas do score da escala de ISBAR mostram oscilar entre um mínimo de zero (0) e um máximo de 24, ao que corresponde um score médio de 12,89, um desvio padrão de 6,12 e um coeficiente de variação com dispersão elevada (> a 30%) em torno da média (cf. Tabela 5)

Tabela 5- Estatísticas relativas aos conhecimentos sobre a metodologia ISBAR

Conhecimento sobre Metodologia ISBAR	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Score global ISBAR	0	24	12,89	6,12	47,48	0,084	-2,166

Partindo do score global dos conhecimentos que variam entre zero (0) e 24 pontos, foram criados grupos de corte para classificar a variável conhecimentos em 3 níveis, da seguinte forma:

- ≤ 8 pontos – Insuficiente nível de conhecimentos ISBAR;
- de 9 a 16 pontos – Razoável nível de conhecimentos ISBAR;
- >16 pontos – Bom nível de conhecimentos ISBAR.

Os níveis de conhecimentos da metodologia ISBAR criados, traduzem que a maioria dos elementos se enquadram num nível satisfatório/razoável de conhecimentos com 42,3%. Esta tendência também se verifica em ambos os géneros. O nível de conhecimentos sobre a

metodologia ISBAR não difere face ao género pois não encontramos diferenças significativas ($\chi^2=2,041$; $p=0,360$) (cf. Tabela 6).

Tabela 6- Caracterização dos conhecimentos sobre a metodologia ISBAR em função do género

Variáveis	Género		Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	Nº (112)	% (78,9)	Nº (30)	% (21,1)	Nº (142)	% (100,0)	Fem.	Masc.		
ISBAR										
Insuficiente	33	29,5	6	20,0	39	27,5	1,0	-1,0		
Razoável	44	39,3	16	53,3	60	42,3	-1,4	1,4		
Bom	35	31,3	8	26,7	43	30,3	0,5	-0,5		

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E PROFISSIONAIS VERSUS CONHECIMENTOS SOBRE A METODOLOGIA ISBAR

Com a finalidade de saber se as variáveis sociodemográficas, variáveis académicas e variáveis profissionais influenciam o nível de conhecimento sobre a metodologia ISBAR dando resposta aos objectivos do estudo, formulámos as questões que se seguem.

Questão 1 – Será que as variáveis sociodemográficas influenciam os conhecimentos sobre a metodologia ISBAR?

Para aferir da influência do género, utilizamos um Teste U de Mann-Whitney, de onde salientamos pelas ordenações médias o domínio dos elementos masculinos nos conhecimentos ISBAR, comparativamente ao género oposto. Contudo, constatamos a inexistência de diferenças estatísticas significativas ($p>0,05$) pelo que se considera que o *género não influencia* os conhecimentos sobre metodologia ISBAR.

Já para a idade, efetuamos um teste de Kruskal-Wallis, de onde salientamos que os mais novos (21-30 anos) revelam um nível de conhecimentos sobre a metodologia ISBAR mais elevado, e os mais velhos (61-70 anos) menor nível de conhecimentos. Contudo, também aqui, com ausência de significado estatístico ($p>0,05$). O que nos leva a rejeitar a nossa relação, e afirmar que a *idade não influencia* os conhecimentos sobre metodologia ISBAR.

Por fim, relativamente às habilitações académicas, efetuamos um teste de Kruskal-Wallis, de onde salientamos que os enfermeiros com mestrados revelam um nível de conhecimentos mais elevado, e os doutorados menor nível de conhecimentos. Contudo, também aqui, com ausência de significado estatístico ($p > 0,05$), leva-nos a aceitar que as *habilitações académicas não influencia* os conhecimentos sobre metodologia ISBAR.

Quadro 2 – Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis sociodemográficas e as variáveis académicas com os conhecimentos sobre ISBAR

Variáveis	Conhecimentos sobre ISBAR	Teste
	Ordenação média	
Género		
Feminino	71,01	Mann-Whitney
Masculino	73,32	
(p)	0,785	U=1625,5
Idade		
21-30 anos	79,69	Kruskal-Wallis
31-40 anos	74,70	
41-50 anos	69,35	
51-60 anos	65,14	
61-70 anos	50,83	
(p)	0,596	KW=2,774
Habilitações		
Bacharelato	81,00	Kruskal-Wallis
Licenciatura	65,95	
Pós-graduação	71,26	
Pós-licenciatura	64,65	
Mestrado	82,86	
Doutoramento	57,00	
(p)	0,453	KW=4,707

$p < 0,05$

$**p < 0,01$

$p < 0,001$

Questão 2 – Em que medida as variáveis profissionais influenciam os conhecimentos sobre a metodologia ISBAR?

Para apurar a influência do tempo de experiência profissional, efetuamos um teste de Kruskal-Wallis, de onde salientamos que os que têm menos tempo de serviço revelam um nível de conhecimentos mais elevado, e os inquiridos com mais tempo de serviço menor nível de

conhecimentos. Contudo, dada a ausência de significado estatístico ($p > 0,05$), infere-se o tempo de experiência profissional não influencia os conhecimentos sobre metodologia ISBAR.

Já para a unidade, efetuamos um teste de Kruskal-Wallis, de onde salientamos que os enfermeiros do pré-hospitalar revelam um nível de conhecimentos mais elevado, e os dos cuidados paliativos menor nível de conhecimentos, com significado estatístico ($p < 0,05$), o que nos leva a aceitar que o nível de conhecimentos sobre a metodologia ISBAR varia em função das unidades de cuidados.

Em relação à utilização da metodologia ISBAR, utilizamos um Teste U de Mann-Whitney, de onde salientamos pelas ordenações médias o domínio dos elementos que respondem afirmativamente, comparativamente aos que negam tal utilização, constatando-se a existência de diferenças estatísticas bastante significativas ($p < 0,01$), o que nos leva a aceitar a associação entre a utilização de metodologia ISBAR e o nível de conhecimentos sobre metodologia ISBAR.

Relativamente à formação em ISBAR, utilizamos um Teste U de Mann-Whitney, de onde salientamos pelas ordenações médias o domínio dos elementos que respondem afirmativamente, comparativamente aos que negam tal formação. Assim, também aqui, constatamos a existência de diferenças estatísticas significativas ($p < 0,05$), o que nos leva a aceitar a nossa relação e afirmar que o a formação em metodologia ISBAR influencia os conhecimentos sobre metodologia ISBAR.

Pelas ordenações médias do Teste U de Mann-Whitney, o domínio dos enfermeiros com menos de 10 horas de formação, comparativamente aos que têm mais horas, não apresentam significado estatístico ($p > 0,05$), o que nos leva a afirmar que as horas de formação não influenciam os conhecimentos sobre metodologia ISBAR.

Por fim, relativamente ao tipo de formação, efetuamos um teste de Kruskal-Wallis, de onde salientamos que os inquiridos que frequentaram cursos breves revelam um nível de conhecimentos mais elevado do que os que frequentam congressos menor nível de conhecimentos, contudo a ausência de significado estatístico ($p > 0,05$), conduz-nos a pensar que neste estudo o tipo de formação não influencia os conhecimentos sobre metodologia ISBAR.

Quadro 3 – Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis profissionais com os conhecimentos sobre ISBAR

Variáveis	Conhecimentos sobre ISBAR	Teste
	Ordenação média	
Experiência profissional		
≤15 anos	77,79	Kruskal-Wallis
16-30 anos	67,91	
>30 anos	56,06	
(p)	0,106	KW=4,498
Unidade de cuidados		
BO	57,54	Kruskal-Wallis
Enfermaria	70,80	
Pré-hospitalar	98,35	
CS 1ºs	36,75	
Cuidados paliativos	29,00	
SU	68,00	
UCI	69,21	
Outro	66,00	
(p)	0,047*	KW=14,245
Utiliza metodologia ISBAR		
Não	60,97	Mann-Whitney
Sim	83,62	
(p)	0,001**	U=1708,0
Tem formação em ISBAR		
Não	67,16	Mann-Whitney
Sim	89,16	
(p)	0,011*	U=1101,5
Horas de formação		
≤10 horas	16,05	Mann-Whitney
>10 horas	8,83	
(p)	0,059	U=32,0
Tipo de formação		
Ação de formação	15,09	Kruskal-Wallis
Curso breve	16,17	
Congresso	1,00	
Outro	12,88	
(p)	0,361	KW=3,207

*p<0,05

**p<0,01

***p<0,001

4. Discussão

A amostra deste estudo é constituída maioritariamente por mulheres (n=112) o que é espectável dado que a Enfermagem, na sua história é uma profissão altamente marcada por ser uma profissão maioritariamente de mulheres (Cunha & Sousa, 2016). De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE), em Dezembro de 2018, estavam inscritos 73.912 enfermeiros que exerciam atividade nos diferentes contextos, sendo sempre na maioria do género feminino (OE,2018). O Instituto Nacional de Estatística, apresenta dados que demonstram que em Portugal 82% dos enfermeiros no ativo são do género feminino (INE, 2012).

A maioria dos inquiridos (80.3%) não possui formação específica sobre a metodologia ISBAR, e 53.5% dos enfermeiros nega a utilização desta metodologia, o que nos leva a crer que há enfermeiros que utilizam a metodologia sem serem detentores de formação sobre a mesma. Este facto pode comprometer a segurança dos cuidados dado que os benefícios que advêm da utilização da metodologia ISBAR na prestação de cuidados de saúde são inúmeros, destacando-se a transmissão completa de informação com aparente redução de perda de informação e a promoção da continuidade de cuidados (Burgess et al., 2020). Também Ballangrud et al. (2020) corroboram estes dados, uma vez que no seu estudo concluíram que após o treino e formação em ISBAR, a adesão ao tratamento dos doentes, e as expectativas das equipas face a esse mesmo tratamento eram superiores, situação que permitiu perceber cuidados mais seguros e de qualidade.

Com este estudo comprovamos que ser detentor de formação em metodologia ISBAR influencia o nível de conhecimentos que os enfermeiros possuem sobre a metodologia, situação também testemunhada por Chen et al. (2020). Estes autores desenvolveram um estudo onde compararam o efeito do treino em comunicação ISBAR, em dois grupos (grupo controlo e grupo observacional), e constataram que após duas semanas de treinos, houve uma melhoria significativa das habilidades de comunicação interpessoal e a capacidade de trabalho em equipa.

Atendendo que a maioria dos inquiridos (80.3%) não possui formação específica sobre a temática, e já se comprovou que a formação em metodologia ISBAR influencia o nível de conhecimentos sobre o assunto, não surpreende que 27.5% dos enfermeiros tenha obtido um score de insuficiente nível de conhecimentos sobre a metodologia ISBAR.

Os inquiridos do género masculino são aqueles que mais utilizam a metodologia ISBAR (60.0%). Atendendo que o género masculino é predominante em contexto de pré-hospitalar é expectável que seja nessa tipologia de unidade que se faça mais uso da metodologia ISBAR, situação facilmente entendida dado que diversas entidades recomendam a utilização de ferramentas de padronização da informação e a transmissão estruturada da informação como é o caso do European Resuscitation Council Guidelines 2021 (Soar et al., 2021).

Discutidos os principais resultados, importa referir que este estudo possui algumas limitações. O tamanho reduzido da amostra impede a representatividade da população em estudo. Uma possível justificação poderá prende-se com o período em que o instrumento de colheita de dados esteve disponível, o atraso na agilização dos processos de autorização da sua divulgação pelos diversos intervenientes e a sua divulgação em período de férias de Verão certamente condicionaram o número de respostas. Outra possível limitação prende-se com as próprias características do instrumento de colheita de dados pois quem não conhece a metodologia facilmente poderia desmotivar-se e desistir do preenchimento do questionário. Por fim o facto de não se encontrarem estudos que permitam avaliar o nível de conhecimento dos enfermeiros para mensurar o fenómeno condiciona a comparação de dados.

Não obstante aos resultados é importante salientar que a evidência científica recomenda a utilização da metodologia ISBAR aquando da transmissão de informação e responsabilidades nos cuidados de saúde. A própria DGS em 2017, emanou uma norma que visava a contemplação de formação sobre comunicação que incluía a técnica ISBAR e a monitorização da sua execução de auditorias internas, contudo não se conseguiu consultar estes dados o que leva a crer que a ser cumprida esta norma, os seus resultados não estão a ser divulgados como espectável.

Conclusão

As preocupações com a qualidade e segurança dos cuidados têm vindo nas últimas décadas a ser alvo de constante preocupação e potenciais focos de melhoria. A evidência é inequívoca ao demonstrar que a existência de uma comunicação eficaz e segura é fundamental para a melhoria da segurança do doente. Diversas são as entidades que promovem a utilização da metodologia ISBAR como agente promotor de uma transmissão de informação segura minimizando lapsos e eventos adversos. Neste sentido, foi desenvolvido o presente estudo com o intuito de apurar o nível de conhecimento dos enfermeiros portugueses sobre a metodologia ISBAR.

Inferiu-se que 42.3% dos enfermeiros são detentores de nível razoável de conhecimentos sobre a metodologia ISBAR, 30.3% dos enfermeiros são detentores de um nível bom de conhecimentos e 27.5% dos enfermeiros são detentores de nível insuficiente de conhecimento.

As variáveis profissionais como a unidade onde exerce funções, a utilização da metodologia ISBAR e o facto de ser detentor de formação em comunicação segura e em particular na metodologia ISBAR, influenciam o nível de conhecimento dos enfermeiros sobre a metodologia ISBAR. Estes resultados são reforçados pela evidência que demonstra que a frequência de formação específica sobre comunicação e particularmente sobre a metodologia ISBAR predizem um maior nível de conhecimentos e promovem ganhos em saúde.

Em termos de implicações para a prática, estes resultados sugerem necessidade de maior investimento nesta área e sensibilização desta metodologia junto dos enfermeiros, tanto a nível académico (com a inclusão desta temática nos conteúdos curriculares) como a nível institucional (com a realização de formação, criação de protocolos e auditorias de monitorização de conhecimentos cumprindo as normas vigentes) não esquecendo a criação de equipas multidisciplinares que podem adequar a utilização da metodologia ISBAR a qualquer contexto de cuidados.

Por último, e tendo por base as implicações da investigação sugerimos a realização de mais estudos nacionais que permitam dados mais representativos sobre a utilização desta metodologia pelos enfermeiros portugueses.

Conflito de Interesses

Os autores declaram a não existência de conflitos de interesses.

Agradecimentos e Financiamentos

Os autores agradecem o apoio da Ordem dos Enfermeiros na divulgação do instrumento de colheita de dados, os contributos do Instituto Politécnico de Viseu, e o apoio da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV). De igual forma, agradecem a todos os enfermeiros que participaram no estudo

Referências Bibliográficas

- Alamo-Palomino, J., & Mendoza-Lupuche, R. (2014). Técnica de bass modificada sobre la higiene bucal en adolescentes de la institución educativa experimental Los educadores. *Kiru*, 11(1), 11–15.
https://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2014/kiru_v11/Kiru_v.11_Art.2.pdf
- Alert life Sciences Computing (2021). *Software Clínico Alert*. <https://www.alert-online.com/pt/presentation>
- Batalha, L., Figueiredo, A., Marques, M., & Bizarro, V. (2013). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP/PT). *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 9), 7–16.
<https://doi.org/10.12707/riii12108>
- Ballangrud, R., Aase, K., & Vifladt, A. (2020). Longitudinal team training programme in a Norwegian surgical ward: A qualitative study of nurses and physicians experiences with teamwork skills. *BMJ Open*, 10(7), 1–11. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035432>
- Benner, P., Kyriakidis, P. & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care – A thinking-in-action approach*. Springer Publishing Company
- Benner, P.(2001). De iniciado a perito. Coimbra: Quarteto editora.
- Burgess, A., Diggele, C., Roberts, C., & Mellis, C. (2020). Teaching clinical handover with ISBAR. *BMC Medical Education*, 20(Suppl 2), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02285-0>
- Broadfoot, K., Guth, T. (2019) Keys to effective communication. In Moreira, M., French, A. All Circumstances. In *Communication in Emergency Medicine*. (Cap.3) Oxford University Press inc, 320pp.
<https://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780190852917.001.0001/med-9780190852917-chapter-3>
- Caple, C. (2018a). *Hand Off: Patient safety*.
- Caple, C. (2018b). Nursing minimum data set. *Cinahl Information Systems*, 13–15.

<http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L35386892%0Ahttp://dx.doi.org/10.1001/jama.288.20.2569%0Ahttp://sfx.library.uu.nl/utrecht?sid=EMBASE&issn=00987484&id=doi:10.1001%2Fjama.288.20.2569&atitle=Optimal+diets+for+preventi>

Catalão, M. (2016) *Avaliação da carga de trabalho de enfermagem na unidade de cuidados intensivos Dr. Emílio Moreira em Portalegre* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Portalegre. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/14590/1/ESSTFC588.pdf>

Cestari, M. (2003). Padrões de Conhecimento da Enfermagem e suas implicações no ensino. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 24(1), 34–42. https://www.researchgate.net/publication/277194467_Padros_de_conhecimento_da_enfermagem_e_suas_implicacoes_no_ensino

Chen, M., Yin, J., Jia, R., Zhang, H., Yan, R., & Zhang, Y. (2020). Impact of ISBAR communication training on interpersonal communication and teamwork of residents in general practice standardized training. *Technium Social Sciences Journal*, 11(1), 76–83. <https://doi.org/doi.org/10.47577/tssj.v11i1.1609>

Coelho, N., Cunha, M. (2020). Padrão de infecção e antibioterapia em unidade de cuidados intensivos. *Millenium*, 2, 317–338. <https://doi.org/DOI:https://doi.org/10.29352/mill0205e.33.00339>

Cunha, Y., Sousa, R. (2016) *Gênero e Enfermagem: Um ensaio sobre a inserção do homem no exercício de Enfermagem*. *Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*, 13(3) 140-149. <https://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/140-149>

Ehlers, P., Seidel, M., Schacher, S., Pin, M., Fimmers, R., Kogej, M., & Gräff, I. (2021). Prospective observational multisite study of handover in the emergency department: Theory versus practice. *Western Journal of Emergency Medicine*, 22(2), 401–409. <https://doi.org/10.5811/WESTJEM.2020.9.47836>

Elias, C., Rocha, M., Cunha, D., Araújo, A., Amaral, I., Marques, L., Cunha, M., & Ribeiro, Í. (2020). Evidências científicas sobre prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica: Revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 9(7), 1–9. <https://doi.org/https://doi.org/10.33448/rsd-v9i7.5104>

- Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Viseu. (2021). *Guia orientador de trabalhos escritos*. http://www.essv.ipv.pt/wp-content/uploads/UNICISE/DOCUMENTOS/Final_versao2_GuiaTrabalhosEscritos2021.pdf
- Extracorporeal Life Support Organization. (2013). General guidelines for all ECLS Cases. Version 1.3. <https://www.else.org/Portals/0/IGD/Archive/FileManager/929122ae88cusersshyerddocumentselsoguidelinesgeneralalleclsversion1.3.pdf>
- Farley, K., Eastwood, G., & Bellomo, R. (2016). A feasibility study of functional status and follow-up clinic preferences of patients at high risk of post intensive care syndrome. *Anaesthesia and Intensive Care*, 44(3), 413–419. <https://doi.org/10.1177/0310057x1604400310>
- Feijó, L. (2020). O Doente Neurocrítico. In J. A. Pinho, *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp.209-220). Lidel.
- Fernandes, L., Nitsche, M. J., & Godoy, I. (2017). Síndrome de burnout em profissionais de Enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. *Revista Cuidado é Fundamental*, 9(2), 551–557. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.551-557>
- Ferreira, C., Bassi, E., Lucena, L., Carreta, H., Miranda, L., Tierno, P., Amorim, R., Zampieri, F., & Malbouisson, L. (2015). Mensuração da pressão intracraniana e desfechos em curto prazo de pacientes com lesão encefálica traumática: Uma análise de propensão pareada. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 27(4), 315–321. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20150055>
- Franco, A., Henrique, D., Almeida, L., Prado, L., Gomes, R., Silva, R., & Lyra, R. C. (2020). Segurança na intubação de sequência rápida recomendada no COVID-19: Relato de experiência. *Revista Cuidarte*, 11(2), 1260–1260. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1260> Rev
- Gomes, B., Mendes, J., & Pedro, A. (2020). Cuidados de Enfermagem associados ao cateterismo venoso periférico. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 6(1), 2135–2149. [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2020.6\(1\).406.2135-2149](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2020.6(1).406.2135-2149)
- Grupo Português de Triagem. (2019) *Triagem no serviço de urgência*. Amadora.
- Hou, Y.-H., Lu, L.-J., Lee, P.-H., & Chang, I.-C. (2019). Positive impacts of electronic hand-

off systems designs on Nurses' communication effectiveness. *Journal of Nursing Management*, 27(5), 1055–1063. <https://doi.org/10.1111/jonm.12774>

Koerich, M., Machado, R., & Costa, E. (2005). Ética e Bioética: Para dar início à reflexão. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(1), 106–110. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072005000100014>

Maier, S., Valim, M., Santos, B., Júnior, J., & Carrijo, M. (2020). Pneumonia associada à ventilação mecânica: Evidências científicas. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, 10(3), 1–14. <https://doi.org/https://doi.org/10.17058/jeic.v10i3.14637>

Martin, H. A., & Ciurzynski, S. M. (2015). Situation, Background, Assessment, and Recommendation-guided huddles improve communication and teamwork in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 41(6), 484–488. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2015.05.017>

Mendes, F., & Miguel, P. (2020). Ventilação Mecânica. In J. A. Pinho, *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp.138-150). Lisboa: Lidel

Mennela, H., & Heering, H. (2018). Preoperative communication to improve patient safety. *Cinahl information Systems*.

Monte, R. (2020). Sedação e Analgesia no Doente Crítico. In J. A. Pinho, *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp.108-115). Lisboa: Lidel

Moore, M., & Roberts, C. (2019). Handover training in the workplace: Having a chat. *Clinical Teacher*, 16(3), 248–252. <https://doi.org/10.1111/tct.12931>

Moreno, C. & Rego, G. (2010). Triage de Manchester: Caracterização do sistema In Rego, G. & Nunes, R. *Gestão da Saúde* (pp. 275-284). Prata & Rodrigues.

Moura, A., Hayashida, K., Bernardes, A., Zanetti, A., & Gabriel, C. (2019). Liderança carismática entre os profissionais de Enfermagem: Revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(1), 328–335. https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000700315&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

Namigar, T., Serap, K., Esra, A., Özgül, O., Can, Ö., Aysel, A., & Achmet, A. (2017). Correlação entre a escala de sedação de Ramsay, escala de sedação-agitação de Richmond e escala de sedação-agitação de Riker durante sedação com midazolam-remifentanil. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 67(4), 347–354.

<https://doi.org/10.1016/j.bjan.2017.03.006>

Neves, L. (2010). Triagem de Manchester-Enquadramento conceptual. In Rego, G. & Nunes, R. *Gestão da Saúde* (pp. 263-275). Prata & Rodrigues.

Noh, Y., & Lee, I. (2020). Effects of a stepwise handovers ISBARQ programme among nursing college students. *Nursing Open*, 7(5), 1551–1559.
<https://doi.org/10.1002/nop2.537>

Oliveira, L., & Cunha, M. Cuidados de Enfermagem à pessoa com dispositivo de hemostase radial segura. *Servir*, 2(1) (pp. 51-63).
<https://revistas.rcaap.pt/servir/article/view/25745/19208>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem em pessoa em situação crítica*. Acedido em:
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>

Ordem dos Enfermeiros.(2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e Regulamento para o Exercício da Prática de Enfermagem*. Acedido em:
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de Enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de Enfermagem à pessoa em situação peri operatória e na área de Enfermagem pessoa em situação crónica*. Acedido em
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>

Peran, D., Pekara, J., Cmorej, P., Kohlova, A., & Marx, D. (2019). Clinical handover of patients for specialized centre care from pre-hospital to in-hospital care: A narrative review. *Cardiology Letters*, 28(2–3), 99–108.

Peres, C. (2017) *Rumo a um cuidar especializado* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Leiria]. Repositório da Escola Superior de Saúde de Leiria.
<http://hdl.handle.net/10400.8/3075>

Portugal, Despacho n.º 2784/2013. (2013, Fevereiro, 11). Aprova os registos eletrónicos relativos às notas de alta médica e de Enfermagem nos serviços e estabelecimentos

integrados no Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República*, 2(36), pp. 6908-6909
<https://files.dre.pt/2s/2013/02/036000000/0690806909.pdf>

Portugal, Despacho nº 1400- A/2015. (2015, Fevereiro 10). Aprova o plano Nacional para a segurança dos doentes 2015-2020. *Diário da República*, 2(28), pp. 3882-3892.
<https://dre.pt/application/conteudo/66463212>

Portugal, Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Estatísticas no feminino: Ser mulher em Portugal*. file:///C:/Users/s_cri/Downloads/DIM%202012_vrevmm.pdf

Portugal, Instituto Nacional de Emergência Médica (2019). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. INEM. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avancado-de-Vida-2020.pdf>

Portugal. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. (2001) *Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência*. DGS. http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Urgencia_Emergencia_2001.pdf

Portugal, Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde. (2003). *Cuidados intensivos: recomendações para o seu desenvolvimento*. DGS. Acedido em <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>

Portugal, Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde. (2013). Norma 029/2012 de 29/12/2012 atualizada a 31/10/2013. *Precauções básicas do controlo da infeção (PBCI)*. DGS. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>

Portugal, Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde. (2015a). Norma 002/2015 de 23/10/2015: *Sistemas de triagem dos serviços de urgência e referência interna imediata*. DGS. <http://www.nocs.pt/wp-content/uploads/2016/04/triagem-manchester-DGS.pdf>

Portugal, Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde. (2015b). Norma 022/2015 de 16/12/2015: *Feixe de intervenções de prevenção de infeção relacionada com cateter venoso central*. DGS. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n0222015-de-16122015-pdf1.as>

- Portugal, Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde. (2015c). Norma 021/ 2015 de 16/12/2015 atualizada a 30/05/2017. *Feixes de intervenções de prevenção de pneumonia associada à intubação*. DGS. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015-pdf.aspx>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde. (2017a) Norma 015/2017 de 13/07/2017. *Via verde do acidente vascular cerebral no adulto*. DGS. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/via-verde-do-acidente-vascular-cerebral-no-adulto.pdf>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde. (2017b). Norma 001/2017 de 08/02/2017. *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. DGS. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde. (2017c). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos*. DGS. Acedido em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Portugal, Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde. (2017d). *Programa nacional para as doenças cérebro-cardiovasculares*. DGS. Acedido em: <https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/programa-nacional-para-as-doencas-cerebro-cardiovasculares/>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde. (2018). Norma 002/2015 de 06/03/2015, atualizada a 23/10/2015: *Sistemas de triagem dos serviços de urgência e referência interna imediata*. DGS. <http://www.nocs.pt/wp-content/uploads/2016/04/triagem-manchester-DGS.pdf>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde. (2019a). Norma 007/2019 de 6/10/2019: *Higienização das mãos nas unidades de saúde*. DGS. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde. (2019b). Norma 007/2019 de 29/03/2020: *Prevenção e controlo de infeção por sars-cov-2 (covid-19): equipamentos de proteção individual (EPI)*. DGS. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072020-de-29032020-pdf.aspx>

- Portugal, Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde. (2019c). *Manual de boas práticas literacia em saúde capacitação dos profissionais de saúde*. DGS.
<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capitacao-dos-profissionais-de-saude-pdf.aspx>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde. (2020). Norma 0072020 de 29/03/2020: *Pprevenção e controlo de infeção por sars-cov-2 (covid-19): Equipamentos de proteção individual (epi)*. DGS. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072020-de-29032020-pdf.aspx>
- Portugal, Parecer n.º 15/2018 (2018, Janeiro 26). Aprova regulamento de benefícios para membros da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2(19), pp. 3290-3291
<https://dre.pt/application/conteudo/114586237>
- Portugal, Regulamento n.º 338/2017 (2017, Junho 23). Regulamento de aconselhamento deontológico para efeitos de divulgação de informação confidencial e dispensa do segredo Profissional. *Diário da República*, 2(120), pp. 12770-12772
<https://dre.pt/application/conteudo/107553282>
- Portugal, Regulamento n.º 140/2019 (2019, Fevereiro 6). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2(26), pp. 4744-4750
<https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Prime, D., Arkless, P., Fine, J., Winter, S., Wakefield, D.B., & Scatena, R. (2016). Experiências do paciente durante a ventilação mecânica acordada. *Revista de Perspectivas de Medicina Interna do Hospital Comunitário*, 6(1), 30426.
<https://doi.org/10.3402/jchimp.v6.30426>
- Pun, J., Chan, E., Man, M., Eggins, S., & Slade, D. (2019). Pre- and post evaluations of the effects of the Connect, Ask, Respond and Empathise (CARE) protocol on nursing handover: A case study of a bilingual hospital in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing*, 28(15–16), 3001–3011. <https://doi.org/10.1111/jocn.14871>
- Saddki, N., Sani, F., & Tin-Oo, M. (2017). Oral care for intubated patients: A survey of intensive care unit nurses. *Nursing in Critical Care*, 22(2), 89–98.
<https://doi.org/10.1111/nicc.12119>
- Santiago, L., Nogueira, D., Vasconcelos, M., & Melo, M. (2019). Pneumonia associada à ventilação mecânica: Conhecimento dos profissionais de saúde acerca da prevenção e

- medidas educativas. *Revista Fundamental Care*, 11, 377–382.
<https://doi.org/10.9789/2175-531.2019.v11i2.377-382>
- Santiago, I., Carvalho, K.(s,d). *Princípios da Bioética e o cuidado na Enfermagem* in: IV Congresso Internacional de Filosofia Moral e Política. Brasil (2015)
- Santos, A. (2019). *Perfil Clínico das Pessoas que Faleceram no Serviço de Urgência* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/5475>
- Schmidt, T., Kocher, D., Mahendran, P., & Denecke, K. (2019). Dynamic pocket card for implementing ISBAR in shift handover communication. *Studies in Health Technology and Informatics*, 267, 224–229. <https://doi.org/10.3233/SHTI190831>
- Sebastião, S. (2019). *Marcadores de Risco dos Clientes Admitidos no Serviço de Urgência*. [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/5458>
- Serra, E., Rolim, I., Ramos, A., & Fontenele, R. (2020). Bundle de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica: Revisão integrativa. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*, 10(29), 48–57. <https://doi.org/10.24276/rrecien2358-3088.2020.10.29.48-57>
- Silva, A. (2012). *Humanização dos cuidados de enfermagem no serviço de internamento de pediatria: Percepção dos pais e dos enfermeiros* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório científico da Escola Superior de Enfermagem do Porto.
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9369/1/HUMANIZA%20c3%87%20c3%83O%20ODOS%20CUIDADOS%20DE%20ENFERMAGEM.pdf>
- Silva, M. (2013) *Avaliação da dor em cuidados intensivos* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Setúbal.
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/5455/1/Relat%20c3%b3rio%20Mestrado-%20Avalia%20c3%a7%20c3%a3o%20da%20Dor%20em%20Cuidados%20intensivos.pdf>
- Silva, M. (2017) *Avaliação e registo da dor no serviço de urgência: Que realidade?*. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
<http://web.esenfc.pt/?url=cGPROzDW>

- Silva, M., Caeiro, D., Fernandes, P., Guerreiro, C., Mello, A., Santos, L., Castelões, P., Gama, V., Vilela, E., Ponte, M., Dias, A., Alves, F., & Morais, J. (2017). *Cardiologia. Revista Portuguesa de Cardiologia*, 36(11), 833–842.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.repc.2017.01.003>
- Silvestre, M. (2012) *Os Registos em Enfermagem: Um olhar sobre o estado real da saúde das pessoas*. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra].
Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
<http://repositorio.esenfc.pt/?url=veU75R87>
- Soar, J., Böttiger, B. W., Carli, P., Couper, K., Deakin, C. D., Djärv, T., Lott, C.,
Olasveengen, T., Paal, P., Pellis, T., Perkins, G. D., Sandroni, C., & Nolan, J. P. (2021).
European Resuscitation Council Guidelines 2021: Adult advanced life support. *Elsevier*,
161, 115–151. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.010>
- Souza, A., Guimarães, A., & Ferreira, E. (2013). Avaliação da implementação de novo
protocolo de higiene bucal em um centro de terapia invasiva para prevenção de
pneumonia associada à ventilação mecânica. *Revista Mineira de Enfermagem*, 17(1),
177–184. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20130015>
- Terezam, R., Reis-Queiroz, & Hoga, L. (2017). A importância da empatia no cuidado em
saúde e Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(3), 669–670.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0032>
- The Joint Commission. (2007) World Health Organization - Communication during patient
hand-overs. *Patient Safety Solutions*. 1((3), 1–4.
- Tobin, S., & Watters, D. (2020). Communication: An enabling competency. *ANZ Journal of
Surgery*, 90(3), 364–369. <https://doi.org/10.1111/ans.15672>
- Tranquitelli, A., & Padilha, K. (2007). Sistemas de classificação de pacientes como
instrumentos de gestão em unidades de terapia intensiva. *Revista da Escola de
Enfermagem da USP*, 41(1), 141–146. [https://doi.org/10.1590/s0080-
62342007000100019](https://doi.org/10.1590/s0080-62342007000100019)
- Vareta, D. (2018). *O despertar da pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva em
cuidados intensivos: Intervenção especializada de Enfermagem* [Relatório de Estágio,
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Científico da Escola Superior
de Enfermagem de Lisboa.
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/24162/1/Relat%C3%B3rio%20de%20est%C>

[3% A1gio% 20Diana% 20Vareta.pdf](#)

- Verholen, N., Vogt, L., Klasen, M., Schmidt, M., Beckers, S., Marx, G., & Sopka, S. (2021). Do digital handover checklists influence the clinical outcome parameters of intensive care unit patients? A Randomized controlled pilot study. *Frontiers in Medicine*, 8, 1–9. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.661343>
- Veríssimo, O. (2018). *O nível de satisfação das pessoas com a abordagem dos enfermeiros no processo de triagem e fatores que o influenciam*. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. https://repositorio.esenfc.pt/rc/index.php?module=repository&target=list&id_type%5B%5D=8&academic_programs%5B%5D=3
- Watson, J. (2002) *Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de Enfermagem*. Lusodidacta.
- Zanei, S., Kawamura, M., Mori, S., Cohrs, C., & Whitaker, I. (2016). Valuation and records of oral hygiene of intubated patients in intensive care units. *Revista Mineira de Enfermagem*, 20, DOI: 10.5935/1415-2762.20160035

Apêndices

Apêndice 1- Cateterismo nasogástrico: Procedimento

8º Curso Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Sara Cristina Lopes Ramos, N.º. 5786

Cateterismo Nasogástrico: Procedimento

Estágio I- Urgência

Março de 2021



8º Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem
Médico- Cirúrgica

Sara Cristina Lopes Ramos, N° 5786

Cateterismo nasogástrico: Procedimento

Estágio: Relatório Final em contexto de Urgência

Orientação:

Professora Doutora Maria Madalena Jesus Cunha Nunes



Índice

Introdução.....	10
Cateterismo Nasogástrico	12
Considerações finais	20
Referências Bibliográficas	22

Lista de siglas

SNG- Sonda nasogástrica

Introdução

Uma sonda nasogástrica (SNG) é um tubo de material maleável que é introduzido na narina com destino ao estômago. Embora sejam utilizadas frequentemente na prática clínica, como via de alimentação podem ser utilizadas para outros fins como por exemplo descompressão gástrica ou drenagem de conteúdo gástrico em caso de hemorragia ou de ingestão de tóxicos(Espinoza & Aedo, 2020).

Uma vez que é um procedimento utilizado frequentemente na prática clínica é espectável que esteja de acordo com as mais recentes evidências científicas e conseqüentemente seja uma prática uniformizada. No entanto a bibliografia descreve algumas falhas na prática de Enfermagem que podem colocar em risco a segurança e a qualidade de cuidados aquando da introdução da SNG.

Num artigo publicado por Medeiros et al. (2014) são apresentadas as principais falhas dos enfermeiros no cuidado a doentes com SNG e estas prendem-se com o conhecimento deficitário sobre a definição do valor de estase gástrica, sobre o correto posicionamento da sonda e sua reavaliação, sobre conhecimentos deficitários quanto a despiste de sinais de complicação, prática deficiente de cuidados de assepsia e baixo nível de conhecimento sobre os riscos e benefícios da utilização da SNG.

Atendendo a estas evidências e à diversidade de práticas utilizadas na execução do procedimento de colocação de SNG realiza-se este documento, baseado nas mais recentes evidências científicas com o intuito deste servir de base para a elaboração de um protocolo de serviço.

Cateterismo Nasogástrico

A entubação nasogástrica refere-se ao termo vulgarmente utilizado para designar o procedimento da introdução de uma sonda através das narinas até ao estômago (EBSERH, 2016). Pode recorrer-se a este procedimento com variados fins, no entanto, o cateterismo com recurso a sonda nasogástrica é utilizado maioritariamente para a nutrição de utentes incapacitados para a alimentação oral (Malta et al., 2013).

Loreto e Castilho (2001) na sua obra intitulada *Cuidados de Enfermagem na Entubação Nasogástrica* agrupam as funcionalidades da entubação nasogástrica em três grupos: Descompressão gástrica, Lavagem gástrica e Alimentação do doente. Percebe-se assim que além do fim nutricional, a sonda nasogástrica pode ser utilizada com o fim de administração de medicamentos, aspiração de secreções gástricas, esvaziamento gástrico por queixas de distensão abdominal, náuseas e vômitos, lavagem gástrica para remover doses excessivas de medicamentos e/ou venenos, bem como preparação do sistema gastrointestinal para grande cirurgia (EBSERH, 2016; Malta et al., 2013; ACSS, 2011).

Este procedimento, cateterismo nasogástrico, é considerado uma prática bastante dolorosa e desagradável dado que a mucosa das narinas é sensível e a estimulação do vômito é frequente aquando do toque da sonda na faringe (Loreto & Castilho, 2001).

Atendendo ao desconforto que o utente sente com a SNG, Loreto e Castilho (2001) salientam o papel do enfermeiro como essencial para minimizar complicações resultantes do desconforto da colocação de SNG, pois de acordo com estes autores são os enfermeiros que devem desenvolver uma atitude promotora de relaxamento, incutindo confiança no doente e promovendo a sua colaboração para o tratamento.

De acordo com Unamuno e Marchini (2002) a motivação do doente para a adesão ao procedimento é fundamental para minimizar complicações e essa motivação promove-se com a sensibilização do doente para a necessidade desta terapia, assim como através de um acompanhamento e preparação do utente por parte do enfermeiro (Unamuno & Marchini, 2002) (Passos et al., 2014).

Apesar das vantagens e benefícios da colocação de uma SNG, este procedimento, com qualquer outro procedimento invasivo, não é inócuo de complicações e contra-indicações (Silveira & Romeiro, 2020).

Na literatura encontram-se diversas situações nas quais a introdução de uma SNG está contraindicada tais como a ocorrência de obstrução intestinal parcial ou completa, indicação de repouso absoluto do sistema digestivo, agitação psicomotora, alterações na coagulação, trauma da face, recusa do doente, obstrução nasal e/ou esofágica, perfuração intestinal e isquemia (Medeiros et al., 2014; Silveira & Romeiro, 2020).

Nas situações que poderá estar indicada a colocação de SNG é imprescindível saber que o procedimento e posterior utilização da SNG (na maioria das vezes para nutrição enteral) não é isenta de complicações. Por forma a garantir segurança nos cuidados é fundamental que os enfermeiros sejam detentores de conhecimentos sobre quais as complicações mais comuns e quais as intervenções que podem executar com vista à sua minimização. Na literatura consultada são enumeradas como complicações mais frequentes “diarreia, náuseas, vômitos, flatulência plenitude gástrica, cólicas, síndrome de dumping, aumento de resíduo gástrico, pneumonia aspirativa, mau posicionamento da sonda, irritação nasofaríngea, hiperglicemia, desidratação, obstipação, sinusopatia e desequilíbrio hidroeletrólítico” (Silveira & Romeiro, 2020,p.4361).

Constatou-se que a complicação identificada como a mais frequente é a pneumonia de aspiração. Consideram-se como potenciais causas da pneumonia de aspiração a migração da SNG para a árvore brônquica, a migração de bactérias ao longo da tubuladura da sonda e a aspiração de vômito (Espinoza & Aedo, 2020; Medeiros et al., 2014). A aspiração de conteúdo é uma das complicações mais temidas. De acordo com Medeiros et al. (2014) os doentes com maior risco de sofrer esta complicação são os que são submetidos à colocação de SNG para nutrição enteral, ventilação mecânica e serem detentores de idade superior a 70 anos.

Aspetos como a posição do doente e da SNG podem contribuir para o desenvolvimento de pneumonia de aspiração o que implica cuidados adicionais. Desses cuidados salientam-se a elevação da cabeceira, a vigilância frequente do posição da sonda e o volume residual gástrico (Carvalho et al., 2017; Espinoza & Aedo, 2020; Medeiros et al., 2014).

Quanto à elevação da cabeceira, a literatura descreve que o doente deve estar sentado ou deitado com a cabeceira do leito elevada a 35°-45° graus e que deve permanecer nessa posição nos 60 minutos após a infusão da dieta (Unamuno & Marchini, 2002). A vigilância da posição da sonda deverá depender da marcação prévia da fixação da sonda seguida da vigilância desta marca em intervalos de 4 horas (Medeiros et al., 2014; Motta et al., 2021) No que concerne ao volume residual gástrico não se evidenciou consenso na bibliografia

consultada quanto ao volume residual tolerável para manter a terapia nutricional, no entanto todos os estudos referem como facilitador da digestão e da absorção nutricional o uso de procinéticos (Carvalho et al., 2017; Espinoza & Aedo, 2020).

Outra complicação decorrente da utilização da SNG prende-se com a sua remoção acidental. De acordo com Pereira et al. (2013) a incidência da exteriorização da SNG por saída acidental e a sua obstrução são um indicador de resultados e todos os aspectos relacionados com a manutenção da sua permeabilidade, fixação e administração de terapêutica ou nutrição estão dependentes da qualidade dos cuidados dos enfermeiros. Percebe-se assim que as causas mais frequentes da perda de uma SNG se devem à obstrução do seu lúmen interno, fixação ineficaz, acessos de tosse e remoção acidental decorrente de alguns procedimentos de Enfermagem ou do doente. Doentes com quadro de agitação e não motivados para o processo são aqueles em que é evidente a remoção propositada da SNG (Medeiros et al., 2014; Motta et al., 2021; Pereira et al., 2013).

Constata-se assim que embora seja considerado um procedimento relativamente simples, a colocação de SNG exige cuidados e planeamento adequado. Deste modo passa descrever-se o procedimento com base em todas os passos fundamentais:

I. PREPARAÇÃO DO DOENTE

A preparação do doente inicia-se no momento em que este é devidamente informado e obtido o consentimento informado.

“ O consentimento informado é, numa lógica negocial, um processo comunicacional, contínuo e participado, através da interação estabelecida entre o profissional de saúde e a pessoa, prolongando-se num tempo útil, definido em cada caso, pela situação de saúde em apreço” (DGS, 2015, p.15).

É da responsabilidade do profissional de saúde, neste caso do enfermeiro, averiguar se o utente entendeu o esclarecimento que lhe é prestado.

Na eventualidade da condição do doente não permitir a obtenção do consentimento informado, o profissional de saúde deve supor que o doente teria consentido se conhecesse as circunstâncias em que o procedimento é praticado. Nesta situação deve

prevalecer o dever de agir corretamente de acordo com princípios éticos como o princípio da beneficência. Obedecendo a estes pressupostos assegura-se o consentimento presumido (DGS,2015).

Após a obtenção do consentimento para o procedimento deve salvaguarda-se a privacidade do doente e otimizar o posicionamento de forma a este promover a execução deste de forma adequada.

O posicionamento a adotar, sempre que possível é a posição de sentado, ou Fowler alto (Espinoza & Aedo, 2020). Em doentes inconscientes ou sedados a lateralização da cabeça diminui a probabilidade da SNG dobrar na boca do doente e evita medidas mais complexas e demoradas para a inserção da SNG (Kavakli et al., 2017). Em doentes com coluna cervical instável e lesões na cabeça, como por exemplo fraturas de base do crânio esta técnica (nasogástrica) não pode ser utilizada pelo risco da sonda migrar para a região intracraniana (Motta et al., 2021). Nesta situação específica de trauma o procedimento passa por abordagem orogástrica.

A partir do momento em que o utente está devidamente posicionado, o enfermeiro deve fazer a análise das fossas nasais. Essa análise pretende avaliar aspectos como a higienização e exame das mesmas para detetar alterações congénita, desvios do septo ou obstruções que possam impedir a progressão da SNG. Após este exame físico deve pedir-se para respirar alternadamente por cada uma das narinas com o intuito de perceber qual a narina com maior fluxo de ar. Certamente será a que terá maior diâmetro e conseqüentemente será a narina mais favorável para a progressão da SNG (Loreto & Castilho, 2001).

Após a avaliação anatómica do doente e tendo em consideração o fundamento para a colocação de SNG deve ser efetuada a seleção do tipo de sonda e calibre da mesma. De acordo com Espinoza & Aedo(2020) as sondas de pequeno calibre desprendem-se facilmente, dobram e obstruem facilmente, aumentando o risco de migrar para a árvore brônquica e como tal só devem ser utilizadas para alimentação enteral por períodos inferiores a 6 semanas. Por seu turno as sondas de maior calibre (maiores que 14 french) são mais firmes e menos flexíveis sendo especialmente indicadas para decompressão gástrica, administração de fármacos e alimentação enteral a curto prazo dado que o risco do doente desenvolver complicações como faringites, erosões esofágicas e traqueais bem como falência do esfíncter esofágico podem ocorrer (Espinoza & Aedo, 2020).

II. PREPARAÇÃO DO MATERIAL

Todo o material deve ser reunido num tabuleiro. É espectável que o material a utilizar seja:

- ❖ Clamp;
- ❖ Copo com água;
- ❖ Estetoscópio;
- ❖ Lubrificante hidrossolúvel;
- ❖ Luvas para o procedimento;
- ❖ Máscara
- ❖ Material de aspiração;
- ❖ Papel indicador de Ph;
- ❖ Papel Toalha/ Resguardo descartável;
- ❖ Penso adeviso hipoalergénico;
- ❖ Saco coletor de drenagem (na eventualidade do procedimento for com finalidade de drenagem de conteúdo gástrico);
- ❖ Saco/ recipientes para sujios;
- ❖ Seringa de Alimentação;
- ❖ Sonda Nasogástrica;

III. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

A introdução de SNG não exige técnica asséptica. No entanto são imprescindíveis excelentes cuidados de higiene até pelo risco de migração da SNG para árvore brônquica (Loreto & Castilho, 2001). Assim antes de iniciar o procedimento o enfermeiro deve higienizar as mãos de acordo com o emanado na norma da DGS nr. 007/2019 de 16/10/2019

intitulada de “Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde” e em seguida deve calçar luvas de proteção. Note-se que no contexto pandémico atual o enfermeiro deve adequar o Equipamento de Proteção Individual (EPI) ao contexto em que está inserido e de acordo com o grupo de coordenação local do programa de prevenção e controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos da instituição onde o doente é tratado.

A literatura consultada é unanime ao afirmar que antes de introduzir a SNG é necessário a lubrificação da mesma e fazer a medição do segmento de sonda que deve ser introduzido. A prática mais comum para lubrificar a SNG passa pela aplicação de gel lubrificante hidrossolúvel em cerca de 7cm da SNG. Idealmente esse gel lubrificante deveria ter na sua composição uma anestésico local. Na impossibilidade disso acontecer deve ser aplicada uma pequena quantidade de anestésico local, por exemplo lidocaína, na narina para diminuir o desconforto (Unamuno & Marchini, 2002).

Silveira & Romeiro(2020) sugerem que a inalação da lidocaína por meio de nebulização e spray devem ser uma opção de anestésico dado que a lidocaína administrada por estas vias reduz de forma significativa a dor associada à introdução da SNG.

O ato de introduzir a SNG difere da capacidade colaborativa do doente. Quando o doente é capaz, deve ser promovida uma ligeira extensão da cabeça. Caso não seja possível a colaboração optar pela colocação de uma almofada (Loreto & Castilho, 2001).

A SNG deve ser introduzida na narina com movimentos suaves e firmes, dirigindo-a para baixo e para trás, obrigando-a a progredir para até à orofaringe. Deve reposicionar-se a cabeça para anular a flexão e solicitar ao doente que faça movimentos de deglutição, podendo inclusivamente facultar-se pequenos goles de água até a sonda estar introduzida (ACSS, 2011). Na eventualidade de sentir resistência na introdução da SNG deve deixar-se descansar o doente e tentar na outra narina.

Após a introdução da SNG, deve proceder-se à avaliação da sua correta posição, tamponamento da sonda com recurso a um clamp, ou adaptação de saco coletor e fixação no nariz. Deve ainda avaliar-se se o doente apresenta tosse, sinais de dificuldade respiratória, cianose e agitação pois estes podem ser manifestações do desvio da sonda para a via aérea (Unamuno & Marchini, 2002).

A bibliografia descreve que a correta localização da sonda nasogástrica está dependente do comprimento da sonda que é introduzido. A medição correta de SNG a introduzir

pode ser executada com recurso a vários métodos. O método de cabeceira, vulgarmente utilizado, prende-se com a medição externa da SNG. Assim para fazer a medição da sonda a ser introduzida, deve colocar-se o orifício distal da sonda na ponta do nariz do utente, estendendo-se a mesma até ao lóbulo da orelha e daí até ao apêndice xifoide (Espinoza & Aedo, 2020; Kavakli et al., 2017; Malta et al., 2013; Motta et al., 2021; Unamuno & Marchini, 2002). Outros métodos de avaliação da localização da sonda podem ser utilizados tais como o teste de ausculta e o teste de medição de ph (Beghetto et al., 2015).

O teste de auscultação consiste numa técnica empírica utilizada para estimar se a ponta da SNG se encontra efetivamente no estômago, na prática clínica é o teste mais utilizado. Para se proceder à auscultação do ar insuflado, o enfermeiro deve injetar aproximadamente 20 a 30 ml de ar, rapidamente. É espectável que se ausculte borbulhas de ar a nível do epigástro. O teste de pH consiste na monitorização do pH do conteúdo gástrico aspirado. O aspirado gástrico deverá ter um ph compreendido entre 1 e 4 e o pH intestinal 6 a 7. Para se assegurar a fiabilidade da monitorização, idealmente o doente deve cumprir um jejum prévio de pelo menos 60 minutos(Espinoza & Aedo, 2020)

Estes testes (teste aspirado e teste do Ph) não devem ser utilizados de forma isolada, mas sim combinados dado que a sua credibilidade aumenta nesta situação (Beghetto et al., 2015; Espinoza & Aedo, 2020).

Considerando o número de doentes submetido a este procedimento, os potenciais eventos adversos e a falta de estudos sobre a confiabilidade dos testes utilizados pelos enfermeiros, objetiva-se que a realização de um raio-x é o método de referência para confirmar o correto posicionamento da SNG (Beghetto et al., 2015; Espinoza & Aedo, 2020; Silveira & Romeiro, 2020).

IV. FIXAÇÃO DA SONDA

Com vista a concluir o procedimento de colocação de SNG, o enfermeiro deve promover a fixação da sonda, fazer uma marca na sonda por forma a que posteriormente se possa confirmar a sua correta posição (Espinoza & Aedo, 2020) e proceder ao registo de Enfermagem. A fixação da SNG deve ser realizada de forma cuidadosa, tendo especial cuidado com a asa do nariz para não a tracionar, evitando assim complicações como úlceras por pressão.

Deve ainda ser assegurado que o uso exagerado de fios e adesivos não acontece, não prejudicando deste modo a visão do doente (Unamuno & Marchini, 2002).

Diversos autores recomendam a aplicação de tintura de benjoim no nariz, previamente à colocação do adesivo como promotor da integridade cutânea (Espinoza & Aedo, 2020) e uma dupla fixação para diminuir o risco de deslocação da sonda (ACSS,2011).

V. REGISTO DE ENFERMAGEM

O registo de Enfermagem deve contemplar a data e hora da execução do procedimento, o diagnóstico, as intervenções e os resultados da prática. Poderá ser ainda pertinente o registo de intervenções específicas de educação para a saúde (ACCESS, 2011).

Com a colocação da SNG não terminam as intervenções de Enfermagem. Enquanto o doente estiver com SNG há cuidados de vigilância que são fundamentais. Desses cuidados salientam-se a avaliação diária da mucosa nasal com vista a minimizar lesões da mucosa, a troca de adesivos diária para evitar úlceras por pressão e a remoção acidental da SNG e a frequente higienização oral do doente (Loreto & Castilho, 2001; Unamuno & Marchini, 2002). Note-se que uma correta higiene oral reduz o risco de pneumonia de aspiração (Espinoza & Aedo, 2020).

Considerações finais

A avaliação por parte do profissional de saúde é a base para a tomada de decisão. Primeiramente deve ser avaliada a condição do doente, os benefícios do procedimento e na eventualidade deste ser recomendado, o Enfermeiro deve proceder a uma prática baseada na mais recente evidência científica de forma rápida e eficaz, com vista à obtenção de segurança no procedimento e qualidade nos cuidados prestados.

Embora seja considerado um procedimento simples, a introdução de uma sonda nasogástrica sem recurso a procedimentos complementares como o videolaringoscópio e o raio-X, poderá originar eventos adversos e complicações pouco desejadas. No entanto, atendendo que é frequente não haver recursos ou tempo para fazer uso de meios complementares para garantir a segurança do procedimento, o enfermeiro deve ser detentor de ferramentas que permitam salvaguardar a correta introdução e localização da sonda no tubo estômago.

Após esta revisão da literatura acredita-se que seguindo uma esquematização do procedimento se aumentam os níveis de qualidade dos cuidados. Esta estruturação do pensamento com conseqüente esquematização do procedimento pode por alguns ser considerada pouco importante, mas uma vez que se constatam tantas divergências na realização do procedimento. Contudo este é um procedimento realizado em grande escala, muitas vezes em contexto de emergência que requer uma atuação rápida e por tal toda a intervenção que permita a uniformização do procedimento é uma mais valia para a prática de Enfermagem.

Referências Bibliográficas

- Beghetto, M., Anziliero, F., Leães, D., & Mello, E. (2015). Sondagem enteral : concordância entre teste de ausculta e raio-x na determinação do posicionamento da sonda. *Rev Gaúcha Enferm*, 36(4), 98–103.
- Brasil, Hospital Universitário Lauro Wanderley, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. (2016). Procedimento Operacional Padrão: Técnicas de sondagem nasogástrica e nasoentérica. Brasil: EBSEH. Acedido em: [08b690b4-193f-4197-bc77-c1a5e039bb32 \(ebserh.gov.br\)](https://doi.org/10.21675/2357-707x.2017.v8.n3.835)
- Carvalho, M., Mesquita, A., Henrique, D., Oliveira, J., Dourado, G., & Santos, D. (2017). Avaliação De Enfermagem Do Volume Residual Gástrico Em Pacientes Críticos: Uma Revisão Integrativa. *Enfermagem em Foco*, 8(3), 8–13. <https://doi.org/10.21675/2357-707x.2017.v8.n3.835>
- Espinoza, P., & Aedo, V. (2020). Cuidados de enfermería en pacientes adultos con sondas nasoenterales. *Horizonte De Enfermería*, 18(2), 95–103. <http://publicaciones.horizonteenfermeria.uc.cl/index.php/rhe/article/view/657>
- Kavakli, A., Ozturk, N., Karaveli, A., Onuk, A., Ozyurek, L., & Inanoglu, K. (2017). Comparação de diferentes métodos de inserção de sonda nasogástrica em pacientes anestesiados e intubados. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 67(6), 578–583. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2017.04.020>
- Loreto, D., & Castilho, A. (2001). Cuidados de Enfermagem na Entubação Nasogástrica. Em *Revista Referência* (p. 4).
- Malta, M., Carvalho-Junior, A., Andreollo, N., & Freitas, M. (2013). MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS NA INTRODUÇÃO DA SONDA NASOGÁSTRICA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL EMPREGANDO A ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)*, 26(2), 107–111. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/S0102-67202013000200007>
- Medeiros, R., Júnior, M. A., Pinto, D., Santos, V., & Vitor, A. (2014). Assistência de Enfermagem a pacientes em uso de sonda gastrointestinal: Revisão integrativa das principais falhas. *Revista Cubana de Enfermeria*, 30(4). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-

03192014000400006&lng=en&tlng=en

- Motta, A., Rigobello, M. C., Silveira, R., & Gimenes, F. (2021). Eventos adversos relacionados à sonda nasogástrica/nasoentérica: revisão integrativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29, e3400. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3355.3400>
- Passos, S., Carvalho, E., Sadigursky, D., Nobre, V., Pereira, A., & Goes, J. (2014). Atendimento às necessidades da pessoa dependente para alimentação no ambiente hospitalar. *Revista Baiana de Enfermagem*, 79–85.
- Pereira, S., Coelho, M., Mesquita, A., Teixeira, A., & Graciano, S. (2013). Causas da retirada não planejada da sonda de alimentação em terapia intensiva. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(4), 338–344. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000400007>
- Portugal, Ministério da Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2011). Manual de Normas de Enfermagem. Lisboa: ACSS. Acedido em: http://www.acss.min-saude.pt/publicacoes/Recursos_Humanos/Manual_Enfermagem_2011/Manual%20de%20Enfermagem.pdf
- Portugal, Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde. (2015). *Circular Normativa nº 015/2013 Atualizada a 4/11/2015 : Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito*. Lisboa: DGS. Acedido em: [Norma-015-DGS-Consentimento-informado-esclarecido-e-livre-dado-por-escrito-04-11-20151.pdf](http://www.dgs.gov.pt/Norma-015-DGS-Consentimento-informado-esclarecido-e-livre-dado-por-escrito-04-11-20151.pdf) ([aEnfermagemasleis.pt](http://www.dgs.gov.pt/aEnfermagemasleis.pt))
- Silveira, G., & Romeiro, F. (2020). As dificuldades e riscos durante a introdução e posicionamento da Sonda Nasoentérica. *Nursing (São Paulo)*, 23(266), 4360–4373. <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i266p4360-4373>
- Unamuno, M., & Marchini, J. (2002). Sonda nasogástrica/nasoentérica: cuidados na instalação, na administração da dieta e prevenção de complicações. *Medicina*, 35(1), 95–101. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v35i1p95-101>

Apêndice 2- Procedimento de higiene oral em Cuidados Intensivos



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

8º Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico- Cirúrgica

Procedimento de higiene oral em Cuidados Intensivos

Sara Cristina Lopes Ramos, 5786

Junho, 2021



8º Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Procedimento de higiene oral em Cuidados Intensivos

Sara Cristina Lopes Ramos

Junho, 2021

Índice

Introdução	Erro! Marcador não definido.
1. Enquadramento teórico	Erro! Marcador não definido.
2. Procedimento de higiene oral: Técnica de Bass Modificada	Erro! Marcador não definido.
Conclusão.....	Erro! Marcador não definido.
Referências bibliográficas	Erro! Marcador não definido.

Introdução

O Enfermeiro Especialista por ser detentor de conhecimentos diferenciados tem como responsabilidade promover um ambiente de segurança e de partilha de informação e conhecimentos que eleve a equipa à excelência de cuidados. Desta forma, como futura especialista entendi que era pertinente identificar uma área de ação que fosse possível de melhorar no contexto onde decorreu o ensino clínico e partilhar conhecimentos sobre essa mesma temática com a equipa, com vista à uniformização dos cuidados.

A área de intervenção que entendi como possível de melhoria prende-se com a higiene oral do doente submetido a Ventilação mecânica, uma vez que se constatou que na unidade em causa se promove a higienização da boca com solução de Cloridrato de Benzidamina (0,15g por cada 100ml [Tantum Verde]) quando a mais recente evidência científica recomenda a utilização de solução de clorexidina (Santiago et al., 2019; Serra et al., 2020; Souza et al., 2013)

Constatou-se em simultâneo que os próprios cuidados de higiene oral são prestados de acordo com a destreza do profissional e próprio à-vontade no manuseamento do tubo endotraqueal não seguindo um protocolo de higienização, bem como o horário em que este procedimento é executado.

Assim face à necessidade sentida durante o ensino clínico elaborou-se este documento que tem como intuito servir de base para a implementação de um protocolo na Unidade de Cuidados Intensivos.

1. Enquadramento teórico

A formação da placa dentária é um processo natural, que resulta de um biofilme composto por bactérias e suas secreções. Em pessoas saudáveis, atos simples como comer ou falar facilitam a sua remoção. Em ambiente hospitalar, determinados microrganismos potencialmente letais encontram um ambiente favorável, nas características naturais de calor e humidade da cavidade oral; fatores como antibioterapia ou corticoterapia também interferem significativamente na composição, quantidade e complexidade deste biofilme(Saddki et al., 2017)

A placa dentária localiza-se sobretudo a nível da linha da gengiva e entre os dentes. Desenvolve-se pela adesão bacteriana à superfície dos dentes seguida de microcolonização local, que resultará na produção de um biofilme maturo. Este processo renova-se após cada intervenção de remoção e em apenas 2 horas cobre completamente a superfície do dente; é impermeável e protetor das bactérias que aloja, tornando-se fundamental a sua remoção antes de aplicar soluções antibacterianas (DGS, 2011).

A promoção da higiene oral ao paciente com intubação endotraqueal é fundamental, tanto para a saúde oral como para a saúde sistémica geral e prevenção da doença uma vez que o doente submetido a ventilação mecânica está mais propenso ao desenvolvimento de infecção nosocomial, em particular infecção respiratória. Esta propensão é potencializada pela condição imunológica do doente (diminuição das defesas do doente), risco aumentado de ver as vias aéreas inoculadas com equipamentos e matérias possivelmente contaminados assim como a exposição a agentes microbianos mais agressivos e resistentes que são encontrados no ambiente hospitalar e particularmente nas Unidades de Cuidados Intensivos (Elias et al., 2020).

A pneumonia define-se como sendo uma infecção que ocorre no parênquima pulmonar, afetando bronquíolos e alvéolos pulmonares com conseqüente compromisso das trocas gasosas (Santiago et al., 2019). Quando o doente está ventilado e desenvolve pneumonia esta condição poderá denominar-se de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM). Para assumir esta designação, a infecção respiratória deverá estar associada ao uso do tubo endotraqueal num período igual ou superior a 48 horas e poderá ser considerada nas 48 horas seguintes à extubação (Coelho & Cunha, 2020; Elias et al., 2020; Santiago et al., 2019; Souza et al., 2013).

A incidência de PAVM nas unidades de cuidados intensivos é preocupante. Nos Estados Unidos da América estima-se que a incidência de casos PAVM seja de 5 a 10 casos de infecção por cada 1000 dia submetidos a ventilação mecânica (Maier et al., 2020). Em Portugal, a incidência de

PAVM é inferior à média da União europeia mas estima-se que a incidência seja de 7,2 (Coelho & Cunha, 2020). Consta-se que a PAVM é uma das infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS) que mais atenção merece por parte dos profissionais de saúde dado que se assume como uma preocupante complicação no âmbito dos Cuidados Intensivos e é responsável pelo prolongamento do período de internamento em cuidados intensivos (Coelho & Cunha, 2020; Elias et al., 2020; Maier et al., 2020).

Face ao risco de desenvolver uma IACS e à condição de doente entubado estes doentes assumem-se como doentes críticos e por tal é imperativo que os enfermeiros e restantes elementos da equipa de saúde sejam detentores de conhecimentos técnicos e científicos para que estes doentes sejam alvo de cuidados revestidos de um elevado nível de excelência e segurança.

Embora nem todas as IACS possam ser evitáveis, constata-se na bibliografia consultada que há um conjunto de medidas preventivas que podem ser implementadas com vista à minimização da sua incidência (Elias et al., 2020). É desafiador saber identificar todas as medidas preventivas da ocorrência de IACS, em particular da PAVM, todavia há aspectos comuns identificados na mais recente evidência científica. Serra et al. (2020) no artigo *bundle de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica: revisão integrativa* apresentam o termo “bundle”, desenvolvido em 2001 pelo Institute for Healthcare Improvement, como sendo um conjunto de procedimentos ou ações que visem a melhoria dos cuidados conferindo-lhe confiabilidade (Serra et al., 2020). Os mesmos autores consideram que o “bundle” para a prevenção de PAVM deve encorpar quatro componentes basilares: a elevação da cabeceira num ângulo compreendido entre os 30 e 45 graus, a interrupção diária da sedação com respetiva avaliação diária das condições de extubação, profilaxia de úlcera péptica e profilaxia de trombose venosa profunda. (Serra et al., 2020; Souza et al., 2013)

Por seu turno, a Direcção Geral de Saúde, na norma 021/2015 com assunto feixes de Intervenção de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação apresenta a proposta conjunta do Departamento da Qualidade na Saúde e do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos que traduz “Bundles” em feixes” e defende que estes consistem num “conjunto de intervenções (geralmente 3 a 5) que, quando agrupadas e implementadas de forma integrada, promovem melhor resultado, com maior impacto do que a mera adição do efeito de cada uma das intervenções individualmente” (DGS, 2015, pg. 5).

A implementação dos feixes de intervenção identificados na norma objetiva assegurar que todos os doentes recebam tratamentos e cuidados recomendados e baseados na mais recente evidência científica. Face à sua pertinência são apresentados de seguida:

- Prevenir, reduzir e se possível parar diariamente a sedação;

- Manter a pressão do cuff entre 20 e 30 cc de H₂O;
- Manter os circuitos ventilatórios, substituindo-os apenas quando sujos ou não funcionantes;
- Manter a cabeceira elevada em ângulo igual ou superior a 30°, evitando a posição supina;
- Discutir e avaliar diariamente a possibilidade de desmame ventilatório e/ou extubação;
- Realizar higiene oral com clorexidina a 0,2% pelo menos três vezes ao dia (DGS, 2015).

Constata-se então que a norma da Direcção Geral de saúde enfatiza a necessidade de prestação de cuidados inerentes à higienização oral do doente ventilado. A higiene oral apresenta-se assim como foco que merece atenção dos Enfermeiros. A norma da DGS advoga que a higienização da cavidade oral deve ser realizada com solução de clorexidina a 0,2% e realizada com uma frequência de três vezes ao dia, mas não discrimina se deve ser executada técnica de escovagem ou bochecho na cavidade oral.

A evidencia científica tem-se debruçado sobre a temática em causa, mas não há grande consenso na bibliografia consultada. É evidente a disparidade sobre o modo como é executada e quais os recursos utilizados na higiene oral. Apesar da disparidade todos os estudos são unânimes ao afirmar que independentemente dos recursos e metodologia utilizada (uso de bochechos orais e escovação dentária) todos os métodos preventivos utilizados na higiene oral são efetivos na redução da colonização e respetiva incidência de agentes patogénicos na cavidade oral (Zanei et al., 2016).

Zanei et al., (2016) na sua obra afirmam que a utilização da clorexidina na higiene oral é mais importante que escovar os dentes, contudo os mesmos autores afirmam que a ação das soluções utilizadas na higiene oral pode ficar comprometida perante a placa de biofilme existente na boca. Atendendo a esta realidade, é espectável que se promova a higiene oral com recurso à clorexidina e à escova dos dentes por forma a associar um processo químico e mecânico à higienização da boca.

Várias são as técnicas apresentadas pela medicina dentária para auxiliarem a higiene oral, contudo há uma técnica que se evidencia como sendo aquela que pode ser aplicada à maioria da população, a Técnica de Bass Modificada. A técnica de Bass Modificada permite a remoção mais efetiva da placa bacteriana, principalmente a nível gengival. Por forma a ser executada corretamente a escova deve ser posicionada num ângulo de 45 graus em relação à gengiva, deve pressionar-se suavemente e realizar movimentos vibratórios curtos, seguidos de movimento vertical de varredura em direção às pontas dos dentes, nas faces voltadas para a bochecha, nas faces internas, e nas faces de mastigação de cada dente (Alamo-Palomino & Mendoza-Lupucho, 2014).

Pela condição de doente entubado, a maioria dos doentes encontra-se sob sedação e analgesia o que não permite a colaboração do doente no momento da higiene oral. Associado à não colaboração do doente surgem diversos constrangimentos pela utilização de escova dentária pelo que o Enfermeiro deve fazer uso de outros recursos que promovam a qualidade da higiene oral mas não comprometam a segurança dos doentes.

(Saddki et al., 2017) recomendam a higiene oral com recurso a métodos que promovam a remoção de detritos e de placa bacteriana. Desses recursos destacam-se a utilização de cotonetes de algodão ou esponjas, mas particularmente escovas que permitam a sucção da solução utilizada para a higiene oral.

No contexto específico onde decorre o ensino clínico estão disponíveis e são utilizadas recorrentemente esponjas com sistema de aspiração que permitem substituir a escova dos doentes e associar a sucção dos produtos resultantes da higiene evitando que estes conteúdos migrem para outros locais como a árvore brônquica.

Como se constata a correta higienização oral é uma das estratégias definidas pela DGS como sendo de enorme importância para a prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica pelo que é imperativo que todos os intervenientes no processo de cuidar do doente executem esta intervenção com base na mais recente evidência científica. Foi nesse sentido que foi criado um documento que após a respetiva validação pode ser aplicado como protocolo na unidade de cuidados intensivos.

2. Procedimento de higiene oral: Técnica de Bass Modificada

A técnica de escovagem de Bass está indicada independentemente da idade, destreza manual ou risco de doença oral (Alamo-Palomino & Mendoza-Lupuche, 2014).

A TÉCNICA DE BASS MODIFICADA deve ser executada da seguinte forma:

- Segurar a escova lateralmente contra os dentes, com algumas cerdas sobre as gengivas.
- Incliná-la de modo que as cerdas formem um ângulo de 45°, apontando para a linha da gengiva.
- Executar movimentos curtos tipo vaivém e movimentos vibratórios ou circulares. As pontas das cerdas ficam no mesmo lugar, apenas a cabeça da escova se desloca, permitindo que as cerdas deslizem suavemente sob a gengiva; até 20 repetições.
- Repetir para cada dente, nas faces interiores e exteriores.
- Limpar a superfície da língua.
- Escovar a superfície mastigatória das arcadas dentárias, superior e inferior.

Uma escovagem completa deve durar mais de 2 minutos e privilegiar uma escova de cerdas macias ou extra macias e cabeça pequena; a quantidade de gel dentífrico indicada é, aproximadamente, do tamanho de um grão de feijão; maior quantidade não aumenta a efetividade. A prensão palmódigital pode imprimir muita força, gerando efeitos indesejados, indicando-se a prensão digital da escova.

Observar a seguinte sequência de escovagem dos dentes: iniciar a pela face lingual dos molares inferiores e prosseguir até ao outro lado da arcada inferior; escovar a face lingual dos molares da arcada superior e prosseguir até ao outro lado da arcada superior. Seguir pelas faces vestibulares da arcada dentária superior e pelas faces vestibulares da arcada dentária inferior, terminando nos mesmos dentes em que se iniciou o processo.

Escovar um máximo de dois dentes posteriores de cada vez, ou individualmente e os anteriores, sempre um de cada vez. Garantir que as cerdas das escovas são de textura macia ou extra macia. Caso haja indicação para remoção de próteses, proceder à recomendação da instituição, sobre guarda ou entrega de valores ao cuidador ou convivente significativo do paciente.

Com base nos elementos enumerados anteriormente definiu-se uma metodologia de atuação:

- 1- Providenciar os recursos necessários junto da pessoa;
- 2- Higienizar as mãos e/ou trocar de luvas;
- 3- Informar a pessoa sobre o procedimento;
- 4- Avaliar a pressão do cuff (20-30 cmH₂O) do tubo endotraqueal;
- 5- 5.Assistir o indivíduo a lavar e escovar os dentes de acordo com a técnica de bass;
- 6- Providenciar a instilação da clorexidina para bochechar e proceder à aspiração do líquido com recurso a sonda de aspiração;
- 7- Repetir as fases do procedimento as vezes necessárias;
- 8- Aplicar creme emoliente nos lábios;
- 9- Remover material de proteção individual;
- 10- Lavar as mãos.

Note-se que na eventualidade do doente não estar colaborante deve fazer-se uso do sistema disponível de esponja com sistema de aspiração incorporado para proceder à higiene oral de forma segura e eficaz.

Conclusão

A avaliação que o enfermeiro faz de cada situação é a base de toda a tomada de decisão. Assim, por forma a prestar cuidados de higiene oral o enfermeiro deve avaliar a condição do doente, os benefícios e implicações do procedimento bem como o tipo de recursos que tem disponíveis no momento.

Neste sentido, embora a higiene oral seja um procedimento simples reveste-se de enorme significado na prevenção de complicações para o doente. Sendo neste caso, o doente alvo de cuidados, um doente sujeito a procedimentos de enorme complexidade e invasivos é imperativo promover um ambiente seguro mesmo que pela implementação de intervenções simples.

A evidência científica é clara sobre a necessidade se promover a higiene oral. Contudo são limitados os estudos sobre qual a melhor metodologia para prestar estes mesmos cuidados. Assim com este trabalho pretende-se apresentar uma ferramenta, a técnica de Bass modificada que permite a higienização da cavidade oral de forma simples e eficaz.

Com a implementação na prática deste procedimento é espectável que se se aumentem os níveis de qualidade e adesão aos cuidados de higiene oral.

Referências bibliográficas

- Alamo-Palomino, J., & Mendoza-Lupuche, R. (2014). Técnica de bass modificada sobre la higiene bucal en adolescentes de la institución educativa experimental «Los educadores». *Kiru*, 11(1), 11–15.
- Coelho, N., & Cunha, M. (2020). Padrão de Infecção e Antibioterapia em Unidade de Cuidados Intensivos. *Millenium*, 2, 317–338. <https://doi.org/DOI:https://doi.org/10.29352/mill0205e.33.00339>
- Elias, C., Rocha, M., Cunha, D., Araújo, A., Amaral, I., Marques, L., Cunha, M., & Ribeiro, Í. (2020). Evidências científicas sobre prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica: revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 9(7), 1–9. <https://doi.org/https://doi.org/10.33448/rsd-v9i7.5104>
- Maier, S., Valim, M., Santos, B., Júnior, J., & Carrijo, M. (2020). Pneumonia associada à ventilação mecânica: evidências científicas. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, 10(3), 1–14. <https://doi.org/https://doi.org/10.17058/jeic.v10i3.14637>
- Saddki, N., Sani, F., & Tin-Oo, M. (2017). Oral care for intubated patients: a survey of intensive care unit nurses. *Nursing in Critical Care*, 22(2), 89–98. <https://doi.org/10.1111/nicc.12119>
- Santiago, L., Nogueira, D., Vasconcelos, M., & Melo, M. (2019). Pneumonia associada à ventilação mecânica: conhecimento dos profissionais de saúde acerca da prevenção e medidas educativas. *Revista Fundamental Care*, 11, 377–382. <https://doi.org/10.9789/2175-531.2019.v11i2.377-382>
- Serra, E., Rolim, I., Ramos, A., & Fontenele, R. (2020). Bundle de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica: revisão integrativa. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*, 10(29), 48–57. <https://doi.org/10.24276/rrecien2358-3088.2020.10.29.48-57>
- Souza, A., Guimarães, A., & Ferreira, E. (2013). Avaliação da implementação de novo protocolo de higiene bucal em um centro de terapia invasiva para prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. *Reme: Revista Mineira de Enfermagem*, 17(1), 177–184. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20130015>
- Zanei, S., Kawamura, M., Mori, S., Cohrs, C., & Whitaker, I. (2016). Valuation and Records of Oral Hygiene of Intubated Patients in Intensive Care Units. *REME: Revista Mineira de Enfermagem*, 20, 1–8. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20160035>

Anexos

Anexo 1- Parecer da Comissão de Ética do IPV

Formulário para Avaliação Ética de Estudos de Investigação

Título do projeto	Comunicação segura na implementação de cuidados: Conhecimento dos enfermeiros sobre a metodologia. Identificação Situação Background Avaliação Recomendação (ISBAR)
Proponentes do projeto	Sara Cristina Lopes Ramos
Investigador responsável	Prof. Doutora Madalena Cunha
Parceiros do projeto	
Data de submissão	11/03/2021
Relator(es)	Carlos Pereira; Edite Teixeira de Lemos; Isabel Martins
Data da aprovação do parecer	25/03/2021
A presidente da CE	<i>Ernestina Batoca Silva</i> Ernestina Batoca Silva

PARECER N.º 26/SUB/2021

	PARECER ÉTICO FAVORÁVEL (A proposta é eticamente aceitável)	MOTIVOS:
X	PARECER ÉTICO FAVORÁVEL COM RECOMENDAÇÕES (sujeito ao cumprimento de requisitos éticos e recomendações)	MOTIVOS: <i>(Ver requisitos e recomendações)</i>
	PARECER ÉTICO NÃO FAVORÁVEL	MOTIVOS:

REQUISITOS:

Do Projeto de Investigação “Comunicação segura na implementação de cuidados: Conhecimento dos enfermeiros sobre a metodologia. Identificação Situação Background Avaliação Recomendação (ISBAR) destaca-se o seguinte:

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com recurso a amostra não probabilística, a incidir sobre enfermeiros portugueses que desempenham funções em instituições de saúde.

Tendo em vista avaliar o nível de conhecimentos dos enfermeiros sobre a metodologia ISBAR, os investigadores propõem-se aplicar um inquérito, por questionário *online*, usando o *Google Forms*. Contudo, verifica-se omissão relativamente à forma como será divulgado o estudo/questionário.

No que refere à amostra envolvida, aos critérios de inclusão/exclusão, ao instrumento de recolha de dados, ao tratamento da informação (retenção e/ou destruição de dados), o estudo está em conformidade com a legislação do país e da União Europeia. Subsistem, contudo, algumas dúvidas:

- na atual metodologia do estudo, em que os participantes têm que assinar e entregar um formulário de consentimento informado, não é garantido o anonimato dos mesmos;
- não é apresentada uma explicação clara sobre a forma de assegurar a confidencialidade.

RECOMENDAÇÕES:

Recomenda-se Parecer Ético Favorável, com as seguintes recomendações:

- deve ser explicitado de que forma é feita a divulgação do estudo junto da população alvo;
- devem ser alterados os procedimentos de anonimização dos dados e de garantia da sua confidencialidade, nomeadamente, decorrendo a coleta de informação por intermédio de um questionário *online*, no qual é condição obrigatória o assentimento em integrar o estudo e aceitar as condições, recomenda-se retirar o formulário de consentimento informado.

ACOMPANHAMENTO/MONITORIZAÇÃO ÉTICA

Na sua opinião, seria necessário proceder a uma monitorização ética durante a realização do projeto?

Não Sim

Motivos (obrigatório se Sim):

Tempo apropriado (obrigatório se Sim):

QUESTÕES ÉTICAS 1: SERES HUMANOS

- 1.1. Esta investigação envolve participantes humanos?
Não Sim Não aplicável
- 1.2. São voluntários para investigação em ciências sociais ou ciências humanas?
Não Sim Não aplicável
- 1.3. São pessoas incapazes de dar consentimento informado?
Não Sim Não aplicável
- 1.4. São indivíduos ou grupos vulneráveis?
Não Sim Não aplicável
- 1.5. São crianças ou menores de idade?
Não Sim Não aplicável
- 1.6. São pacientes?
Não Sim Não aplicável
- 1.7. São voluntários adultos e saudáveis para estudos médicos?
Não Sim Não aplicável
- 1.8. Esta investigação envolve intervenções físicas sobre os participantes do estudo?
Não Sim Não aplicável
- 1.9. Envolve técnicas invasivas?
Não Sim Não aplicável
- 1.10. Envolve colheita de amostras biológicas?
Não Sim Não aplicável
- 1.11. **REQUISITOS – SERES HUMANOS**
- 1.11.1. Devem ser fornecidos os detalhes sobre os procedimentos e critérios que serão usados para identificar/recrutar participantes da investigação.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 1.11.2. Devem ser fornecidas informações detalhadas sobre os procedimentos de consentimento informado, que serão implementados.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 1.11.3. O investigador deve clarificar se serão envolvidas crianças e /ou adultos incapazes de dar consentimento informado e em caso afirmativo, deve fornecer uma justificação para esta participação.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 1.11.4. O investigador deve esclarecer como será assegurado o assentimento no caso de crianças e/ou adultos incapazes de dar consentimento informado.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 1.11.5. O investigador deve clarificar se serão envolvidas pessoas e/ou grupos vulneráveis.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 1.11.6. Devem ser fornecidos detalhes sobre as medidas tomadas para evitar o risco de aumentar a vulnerabilidade/estigmatização de indivíduos/grupos.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 1.11.7. O investigador deve clarificar se serão usados procedimentos físicos invasivos.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

1.11.8. Detalhes sobre os procedimentos a adotar no caso de descobertas acidentais no decorrer da investigação devem ser fornecidas

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

QUESTÕES ÉTICAS 2: PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

2.1. Esta investigação envolve a recolha/tratamento de dados pessoais?

Não Sim Não aplicável

2.2. Envolve a recolha e/ou tratamento de dados pessoais sensíveis (por exemplo, saúde, estilo de vida sexual, etnia, opinião política, religiosa...)?

Não Sim Não aplicável

2.3. Envolve o processamento de informação genética?

Não Sim Não aplicável

2.4. Envolve rastreamento ou a observação dos participantes?

Não Sim Não aplicável

2.5. Envolve o processamento de dados pessoais recolhidos anteriormente (uso secundário)?

Não Sim Não aplicável

2.6. **REQUISITOS – PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS**

2.6.1. Devem ser fornecidas informações detalhadas sobre os procedimentos que serão implementados para a recolha, armazenamento, proteção, retenção e/ou destruição e a confirmação de que estes estão em conformidade com a legislação nacional e da UE.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

2.6.2. No caso da utilização de dados que não estão publicamente disponíveis, o investigador deve apresentar as autorizações pertinentes.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

2.6.3. Cópia de aprovação ética para recolha de dados pessoais por parte do Encarregado de Proteção de Dados da entidade competente

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

QUESTÕES ÉTICAS 3: ANIMAIS

3.1. Esta investigação envolve animais?

Não Sim Não aplicável

3.2. Esses animais são vertebrados?

Não Sim Não aplicável

3.3. Esses animais são primatas não humanos (NHP)?

Não Sim Não aplicável

3.4. Esses animais são geneticamente modificados?

Não Sim Não aplicável

3.5. Esses animais são animais de fazenda clonados?

Não Sim Não aplicável

3.6. Esses animais são espécies ameaçadas?

Não Sim Não aplicável

3.7. **REQUISITOS – ANIMAIS**

3.7.1. Cópias de autorizações relevantes (para criadores, fornecedores, usuários e respetivas instalações) para experiências com animais devem ser encaminhadas

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

- 3.7.2. Cópia da autorização do projeto (incluindo também o trabalho com animais geneticamente modificados, se aplicável) e protocolos de investigação devem ser encaminhados
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 3.7.3. Informações gerais devem ser fornecidas sobre a natureza das experiências, sobre os procedimentos para garantir o bem-estar dos animais e sobre a forma como o Princípio dos Três Rs será aplicado.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 3.7.4. Cópias dos certificados de formação/licenças pessoais do pessoal envolvido em experiências com animais devem ser fornecidas.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 3.7.5. O requerente deve esclarecer se primatas não humanos serão envolvidos no estudo.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 3.7.6. No caso de uso de primatas não humanos, a cópia do arquivo de histórico pessoal deve ser encaminhada.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

QUESTÕES ÉTICAS 4: PROTEÇÃO E SEGURANÇA AMBIENTAL

- 4.1. Esta investigação envolve o uso de elementos que podem causar danos ao meio ambiente, a animais ou plantas?
Não Sim Não aplicável
- 4.2. Esta investigação envolve fauna/flora/áreas protegidas ameaçadas?
Não Sim Não aplicável
- 4.3. Esta investigação envolve o uso de substâncias que possam causar danos aos seres humanos, incluindo à equipe de investigação?
Não Sim Não aplicável

4.4. REQUISITOS - PROTEÇÃO E SEGURANÇA AMBIENTAL

- 4.4.1. O projeto deve fornecer mais informações sobre os possíveis danos ao meio ambiente causados pela investigação e declarar as medidas a tomar para mitigar os riscos.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 4.4.2. Se relevante, cópias das autorizações das instalações devem ser fornecidas (por exemplo, classificação de segurança do laboratório, autorização de OGM)
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 4.4.3. O solicitante deve garantir que os procedimentos de saúde e segurança adequados, em conformidade com as diretrizes e legislação local/nacional relevantes, sejam seguidos para as pessoas envolvidas no projeto.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 4.4.4. Devem ser fornecidos detalhes sobre as espécies ameaçadas e/ou áreas protegidas envolvidas na investigação e, se aplicável, as autorizações relevantes devem ser submetidas.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

QUESTÕES ÉTICAS 5: OUTRAS QUESTÕES ÉTICAS

- 5.1. Existem outras questões éticas que devem ser tomadas em consideração? Por favor especifique
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

**Anexo 2- Parecer do Concelho Científico da Escola Superior de Saúde de
Viseu**

DECLARAÇÃO

-----José dos Santos Costa, Presidente do Conselho Técnico Científico (CTC) da Escola Superior de Saúde de Viseu, declara que em reunião ordinária do CTC, realizada no dia 07 de abril de 2021, o plenário deliberou sobre o pedido de **Sara Cristina Lopes Ramos** (n.º 5786), Estudante da 7.ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica e 8.ª Edição do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.-----

-----Foi aprovado, por unanimidade, o projeto "**Comunicação segura na implementação de cuidados: conhecimento dos enfermeiros sobre a metodologia ISBAR**" e a respetiva orientadora, Professora Maria Madalena Jesus Cunha Nunes, PhD. -----

-----Por ser verdade e me haver sido pedido, passo a declaração que vai por mim assinada e autenticada com o carimbo em uso nesta Escola. -----

ESSV, 12 de abril de 2021

O Presidente do Conselho Técnico Científico

(José dos Santos Costa, PhD)



Anexo 3- Parecer Científico do Orientador

Departamento: Enfermagem

Orientadores: Madalena Cunha, PhD

Estudantes: Sara Cristina Lopes Ramos

Curso: Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 7ªed.

// Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica, 8ª. Edição

Ano: 2021

Estudo: "Comunicação segura na implementação de cuidados: conhecimento dos enfermeiros sobre a metodologia ISBAR".

PARECER CIENTÍFICO DO ORIENTADOR

Maria Madalena Jesus Cunha Nunes, na qualidade de orientadora, vem por este meio atestar da relevância da problemática proposta, porquanto, atendendo a que frequentemente a/o enfermeira/o é o profissional de saúde a assistir a pessoa enferma, este estudo reveste-se de enorme importância porque uma comunicação segura, assegura uma melhor decisão clínica. Nesse sentido, urge descrever os conhecimentos e as práticas sobre o tema em apreço.

Adicionalmente, é de parecer que:

- A metodologia descrita no protocolo é adequada, prevendo a realização de um estudo de natureza quantitativa, do tipo observacional com análise descritiva e foco transversal, com o objetivo de avaliar o nível de conhecimento dos Enfermeiros sobre a metodologia ISBAR;
- O objetivo é adequado para a investigação que se pretende encetar;
- Existem ganhos de conhecimento importantes a serem obtidos pelo estudo proposto;
- A população a recrutar corresponde de forma ajustada aos beneficiários dos resultados apurados;
- Os dados empíricos a recolher irão contribuir para uma melhor informação dos profissionais, de forma a melhorar os cuidados clínicos a prestar aos doentes;
- Não existem custos, não se preveem compensações e o principal benefício consiste na consciencialização das/os enfermeiras/os para as práticas da metodologia ISBAR.

Supportada nos fundamentos acima descritos, emite parecer favorável à realização deste estudo.

ESSV-PV, 30 de março de 2021

O Investigador Responsável

Assinado por: **Maria Madalena de Jesus e Cunha Nunes**

Num. de Identificação: B106647455

Data: 2021.03.30 20:43:59+01'00'



Professora Madalena Cunha, PhD

Anexo 4- Instrumento de colheita de dados de Ramos e Cunha (2021)

Formulário de Conhecimentos sobre Comunicação Segura na Implementação de Cuidados: Conhecimento dos Enfermeiros Sobre a Metodologia ISBAR

*Obrigatório

Cara/o Participante,

No âmbito dos cursos de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 7ª Edição, e Pós Licenciatura e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 8ª Edição, a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu estamos a realizar um estudo subordinado ao tema "Comunicação Segura na Implementação de Cuidados: Conhecimento dos Enfermeiros sobre a Metodologia ISBAR".

O objetivo principal é avaliar os conhecimentos dos Enfermeiros a exercer em Portugal, sobre a comunicação segura com recurso à metodologia ISBAR, pelo que se reveste de elevada importância a sua colaboração através do preenchimento deste questionário.

Assim, os Enfermeiros que exerçam a sua atividade profissional em Portugal, estão convidados a participar no estudo. O tempo médio de preenchimento é de cerca de 10 minutos. Em qualquer momento e por qualquer motivo, pode desistir de colaborar neste estudo, sem que essa decisão lhe acarrete qualquer prejuízo. Todos os procedimentos éticos subjacentes a esta investigação são rigorosamente cumpridos. Toda a informação será recolhida, guardada e tratada de forma confidencial e anónima, não sendo revelados quaisquer dados que possibilitem a identificação dos participantes. No final do estudo proceder-se-á à destruição dos dados. A investigação dá cumprimento ao estipulado no Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD), garantindo a segurança, o anonimato e a confidencialidade de todos os dados facultados pelas/os participantes, em todas as fases do processo.

Em caso de dúvida ou de necessidade de qualquer esclarecimento adicional, poderá contactar-nos através do e-mail: s.cristina_ramos@hotmail.com. A equipa de investigação agradece o seu interesse e disponibilidade em participar nesta investigação. Confirmando que li e compreendi a explicação que me foi fornecida relativamente ao estudo.

Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de desistir a qualquer momento da minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo para mim, e que todos os dados recolhidos serão tratados de forma anónima e confidencial.

Equipa:

Madalena Cunha (Investigador Responsável)

Sara Ramos (Estudante CHEMC)

Declaração de Consentimento Informado

Asseguramos que neste estudo será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

1. - Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento; - Declaro ter-me sido dada a oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido respostas esclarecedoras; - Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito; - Declaro ter-se sido garantido que não haverá prejuízos dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento. Assim, depois de devidamente esclarecido *

Marcar apenas uma oval.

Aceito participar voluntariamente e dou o meu consentimento para participar neste estudo, confirmando que fui esclarecido(a) sobre as condições do mesmo e que não tenho dúvidas.

Não aceito participar voluntariamente e dou o meu consentimento para participar neste estudo, confirmando que fui esclarecido(a) sobre as condições do mesmo e que não tenho dúvidas.

Dados Sociodemográficos

2. Género *

Marcar apenas uma oval.

Feminino

Masculino

3. Idade *

Selecione o grupo etário em que se enquadra

Marcar apenas uma oval.

- 21-30 Anos
- 31-40 Anos
- 41-50 Anos
- 51-60 Anos
- 61-70 Anos
- Outra: _____

4. Residência *

Marcar apenas uma oval.

- Aldeia
- Cidade
- Vila

5. Habilitação Acadêmica *

Marcar apenas uma oval.

- Bacharelato
- Licenciatura
- Pós Graduação
- Pós Licenciatura de Especialização
- Mestrado
- Doutorado

6. Anos de experiência Profissional *

Indique os anos completos de serviço

7. Tipo de Unidade/serviço onde exerce funções *

Na eventualidade de trabalhar em mais do que um serviço selecione aquele em que exerce mais horas

Marcar apenas uma oval.

- Equipas de urgência e emergência pré-hospitalar
- Serviços de Urgência
- Enfermaria
- Cuidados de Saúde Primários
- Unidade de Cuidados Intensivos
- Bloco Operatório
- Cuidados Paliativos
- Outro

8. No seu exercício profissional, utiliza a metodologia ISBAR? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

9. Tem formação específica em Comunicação Segura *

Marcar apenas uma oval.

Não Avançar para a pergunta 13

Sim

Formação específica em Comunicação Segura

10. Qual o número de horas de formação em Comunicação Segura? *

11. Que tipo de formação frequentou? *

Marcar apenas uma oval.

Curso breve

Ação de formação

Congresso

Curso de Pós Graduação

Outro

12. Qual o contexto de formação sobre Comunicação Segura: *

Marcar apenas uma oval.

Curso de Licenciatura

Curso de Mestrado

Curso de Pós Graduação

Curso breve

Formação em Serviço

Congresso

Outro

Ordem dos Enfermeiros

Departamento de SAP da instituição de trabalho

Outra: _____

A
metodologia
ISBAR

Leia com atenção as afirmações seguintes e seleccione qual o parâmetro da mnemónica a que corresponde a informação.

13. O Enfermeiro ao aplicar a mnemónica ISBAR tem de incluir a informação no item correspondente. *
Atendendo ao tipo de informação seleccione o item correspondente:

Marcar tudo o que for aplicável.

	I	S	B	A	R
1.Nome completo, data nascimento, género e nacionalidade do doente;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.Nome e função do Profissional de Saúde emissor;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.Nome e função do Profissional de Saúde recetor;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.Serviço de origem/destinatário;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.Identificação da pessoa significativa/cuidador informal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.Data e hora de admissão;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.Antecedentes clínicos;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.Níveis de dependência;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.Diretivas antecipadas de vontade;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.Alergias conhecidas ou da sua ausência;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.Hábitos relevantes;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.Técnicas invasivas realizadas;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.Identificação da situação social e da capacitação do cuidador.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.Problemas ativos;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.Indicação do plano de continuidade de cuidados;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.Informação sobre consultas e MCDT agendados;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Identificação de necessidades do cuidador informal.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

