

■ **Relato de Experiência**doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180344>**Comunicação efetiva para o cuidado seguro ao paciente com implante de dispositivo de assistência ventricular***Effective communication for safe care of patients with ventricular assist device implantation**Comunicación efectiva para el cuidado seguro al paciente con implante de dispositivo ventricular***Dayanna Machado Pires Lemos^a
Ruy de Almeida Barcellos^b
Daniela dos Santos Marona Borba^b
Larissa Gussatschenko Caballero^c
Lívia Adams Goldraich^d
Isabel Cristina Echer^{c,e}****Como citar este artigo:**

Lemos DMP, Barcellos RA, Borba DSM, Caballero LG, Goldraich LA, Echer IC. Comunicação efetiva para o cuidado seguro ao paciente com implante de dispositivo de assistência ventricular. Rev Gaúcha Enferm. 2019;40(esp):e20180344. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180344>.

RESUMO

Objetivo: Relatar a atuação da equipe multidisciplinar na comunicação efetiva e no cuidado seguro aos pacientes com dispositivo de assistência ventricular.

Método: Relato de experiência sobre o uso da comunicação efetiva no cuidado a pacientes com dispositivo de assistência ventricular em hospital universitário do sul do Brasil. A referida assistência iniciou em 2017, pautada na individualização das ações e na perspectiva do cuidado centrado no paciente.

Resultados: Na instituição foram capacitadas equipes multiprofissionais, estruturados protocolos assistenciais, realizadas sessões educativas sistemáticas para pacientes e cuidadores. Foram executadas visitas domiciliares para planejamento de alta hospitalar e plano para situações de urgência, além de capacitações básicas para as equipes dos hospitais próximos à residência dos pacientes.

Conclusões: A comunicação efetiva entre equipe multiprofissional, pacientes e cuidadores no planejamento do cuidado em saúde tem papel fundamental para identificar precocemente possíveis complicações, preveni-las e possibilitar maior sobrevida e qualidade de vida a esses pacientes.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Assistência centrada no paciente. Coração auxiliar. Insuficiência cardíaca.

ABSTRACT

Objective: To report the role of multiprofessional teams in the effective communication and safe care of patients with left ventricular assist device.

Methods: This is an experience report about the use of effective communication for patients with ventricular assist device in a university hospital in southern Brazil. Care based on individualized action and centered on the patients started in 2017.

Results: At the institution, the multiprofessional teams attended training sessions and care protocols were established. The patients and caregivers attended systematic educational sessions and home visits were made to arrange patient discharge and urgency plans. Also, the hospital teams located near the patients' homes received basic training.

Conclusion: Effective communication between multiprofessional teams, patients, and their families when planning care plays a pivotal role in the early identification of possible complications and their prevention, resulting in a greater survival rate and a better quality of life.

Keywords: Patient safety. Patient-centered care. Heart-assist devices. Heart failure.

RESUMEN

Objetivo: Informar la actuación del equipo multidisciplinario en la comunicación efectiva y cuidado seguro a los pacientes con dispositivo de asistencia ventricular.

Método: Se trata de un relato de experiencia sobre el uso de la comunicación efectiva en la asistencia a pacientes con dispositivo de asistencia ventricular en un hospital universitario del sur de Brasil. Esse cuidado, inició en 2017, pautado em la individualización de las acciones y em la perspectiva del cuidado centrado em el paciente.

Resultados: En la institución se capacitaron equipos multiprofesionales, estructurados protocolos asistenciales, realizadas sesiones educativas sistemáticas para pacientes y cuidadores, visita domiciliares para la planificación de alta hospitalaria y plan para situaciones de urgência, además de capacitaciones de urgência, además de capacitaciones básicas para los equipos de los hospitales cercanos a la residencia de los pacientes.

Conclusiones: La comunicación efectiva entre el equipo multiprofesional, pacientes y familiares en la planificación del cuidado en salud tiene un papel fundamental para identificar precozmente posibles complicaciones, prevenirlas y posibilitar mayor sobrevida y calidad de vida.

Palabras clave: Seguridad del paciente. Atención dirigida al paciente. Corazón auxiliar. Insuficiencia cardíaca.

^a Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Serviço de Enfermagem Cardiovascular, Nefrologia e Imagem e Programa de Suporte Circulatório Mecânico. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^b Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Serviço de Enfermagem em Terapia Intensiva. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^c Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Serviço de Enfermagem Cardiovascular, Nefrologia e Imagem. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^d Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Serviço Cardiologia, Programa de Transplante Cardíaco e Programa de Suporte Circulatório Mecânico. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^e Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Escola de Enfermagem, Departamento de Assistência e Orientação Profissional. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica complexa, com alta prevalência mundial, na qual o coração é incapaz de bombear sangue de forma a atender às necessidades metabólicas⁽¹⁾. Quando a IC encontra-se em estágio avançado e refratária ao tratamento otimizado, o Transplante Cardíaco (TC) torna-se uma opção terapêutica para pacientes selecionados a partir de critérios clínicos e condições específicas⁽²⁾. Em pacientes com contra indicação ou impossibilidade de realização do TC em um curto prazo, os dispositivos de assistência ventricular (DAV) podem oferecer suporte hemodinâmico e estabilidade clínica como ponte para TC ou, ainda, como terapia de destino⁽³⁾.

Assim, os DAV de longa duração representam uma importante terapia no manejo da IC avançada, com mais de 20 mil casos no mundo⁽⁴⁾. Contudo, tal tratamento é incipiente no Brasil, especialmente pelo seu alto custo. Ainda não há um registro brasileiro de assistência circulatória mecânica⁽³⁾, mas estima-se que já tenham ocorrido algumas dezenas de implantes, principalmente na região sudeste do país.

O DAV consiste em uma bomba mecânica implantada cirurgicamente no coração do paciente, constituída por cânulas de entrada e saída, bomba de sangue, cabo de saída do dispositivo (*driveline*), além das fontes de energia externa. Dessa forma, o dispositivo assume a função de fornecer débito cardíaco adequado e reduzir o trabalho do ventrículo esquerdo⁽³⁾. Esta terapia de alta complexidade, possibilita a readaptação do paciente às suas atividades usuais, porém seu sucesso em longo prazo depende, em parte, de seu acompanhamento por equipes capacitadas⁽⁵⁾, além da seleção adequada dos pacientes⁽³⁾. A sobrevida média após o implante é de cinco anos, tendo como principais complicações infecções, IC direita, disfunção neurológica, mau funcionamento do DAV e disfunção de múltiplos órgãos⁽⁴⁾.

Assim, a comunicação efetiva, uma das metas internacionais de segurança do paciente, torna-se um desafio para estruturar uma assistência segura e centrada no paciente. O trabalho multidisciplinar é determinante na qualidade da assistência, sendo as falhas na comunicação um dos principais causadores de eventos adversos⁽⁶⁾. Dados da *Joint Commission Internacional (JCI)* indicam mais de 60% dos eventos sentinela relacionados à comunicação⁽⁷⁾. Nesse sentido, a estruturação de uma comunicação efetiva entre os envolvidos na assistência ao paciente é fundamental durante a internação e após a alta hospitalar, considerando a continuidade dos cuidados para integrar redes que se comuniquem horizontalmente, visando à adaptação do

paciente a nova rotina de vida e tendo-o como parceiro no processo de cuidado.

Dessa forma, o objetivo deste artigo é relatar a atuação da equipe multidisciplinar na comunicação efetiva e no cuidado seguro aos pacientes com DAV.

■ MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência sobre o uso da comunicação efetiva na atuação de uma equipe multidisciplinar, composta por um enfermeiro coordenador de DAV, enfermeiros especialistas em cardiologia e/ou terapia intensiva, técnicos de enfermagem, médicos (cardiologistas, intensivistas e cirurgiões cardiovasculares), fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogo e assistente social, organizada para prestar assistência a pacientes com implante de DAV.

O cuidado aos pacientes ocorre junto ao programa de TC de um hospital público e universitário do sul do Brasil, acreditado pela JCI. O processo de cuidado dos pacientes com DAV iniciou em novembro de 2017 e foi desenvolvido a partir de buscas na literatura, reuniões sistemáticas, capacitação dos profissionais, visita técnica a um hospital com expertise na área e considerando as necessidades e individualidades dos pacientes e cuidadores.

■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

O cuidado seguro nesse contexto compreende desde a seleção do paciente com possível benefício para uso do DAV quanto a critérios clínicos e psicossociais, até a assistência peri-operatória, planejamento de alta e pós-hospitalar. A avaliação pré-implante busca conhecer o potencial de sucesso do candidato e identificar riscos ao tratamento. Conforme recomendado na literatura, pacientes e cuidadores são avaliados quanto a vínculo afetivo, capacidade cognitiva, compreensão da doença, motivação, proposta terapêutica, adesão a tratamentos e suporte social e emocional⁽⁸⁾, por meio de entrevistas e instrumentos específicos.

A comunicação efetiva para o cuidado seguro ocorre em todas as etapas da assistência entre os profissionais envolvidos, pacientes e cuidadores com validação do entendimento dos mesmos. Em relação às habilidades específicas, pacientes e cuidadores são observados quanto à realização do cuidado na prática com eficácia. Utilizando-se da ótica do cuidado centrado no paciente com DAV, as ações desenvolvidas foram planejadas e executadas conforme as individualidades dos pacientes, seus cuidadores e suporte oferecido pela rede de saúde local, considerando que alguns residem distante do centro de referência.

A realização do implante

Atualmente, um hospital privado de São Paulo (SP) com recursos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), projeto filantrópico do governo vinculado a instituições privadas de excelência no país, disponibiliza o implante de DAV, possibilitando maior sobrevida e melhor qualidade de vida aos pacientes em comparação com o tratamento clínico medicamentoso.

Logo, o processo de cuidado iniciou-se com a decisão compartilhada entre pacientes e cuidadores para o implante do dispositivo. Após esclarecimentos sobre a terapia, foi fornecido material educativo e, quando possível, viabilizou-se a troca de experiências com pacientes que já faziam uso do DAV.

A seguir, o caso de cada paciente foi discutido com a equipe responsável pelo implante em SP e, após o aceite, os pacientes foram encaminhados para a cirurgia acompanhados por seus cuidadores. A transferência ocorreu em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) aérea concedida pelo estado do Rio Grande do Sul (RS), tendo em vista o estado de saúde dos pacientes, com necessidade de monitoramento cardíaco contínuo e pronta assistência médica e de enfermagem. A transferência do cuidado entre profissionais do hospital de Porto Alegre e de SP ocorreu por contato telefônico e via e-mail, com envio de informações clínicas, exames laboratoriais e de imagem, procedimentos estes consentidos pelos pacientes.

A equipe da instituição de origem recebeu capacitação presencial em SP, que abordou as etapas que envolvem o implante e a manutenção do DAV. Nessa ocasião, ocorreram aulas expositivo-dialogadas, reuniões clínicas, acompanhamento de cirurgias, assim como consultas ambulatoriais. Esta oportunidade singular viabilizou a aprendizagem e a aplicabilidade dos conhecimentos adquiridos com a supervisão e orientação de profissionais experientes, permitindo a capacitação sob a ótica de um hospital de referência no Brasil em qualidade assistencial e em segurança do paciente, também acreditado pela JCI.

O processo de cuidado seguro desenvolvido

Partindo desta experiência e de recomendações^(3,8), os profissionais elaboraram protocolos para atendimento aos pacientes durante e após a internação, contendo orientações como a realização dos curativos, a verificação da pressão arterial média e diferentes *checklists* de verificação do sistema com frequência recomendada. Corroborando com a literatura⁽⁹⁾, nossa experiência aponta que a multi-

disciplinaridade estruturada através de *checklists* otimiza a comunicação entre as equipes e pacientes, reforça o cumprimento dos padrões de qualidade e segurança e favorece a redução das infecções, possibilitando a estruturação e revisão diária do plano terapêutico estabelecido e rotinas de autocuidado.

Após o implante do DAV, assim que estáveis, os pacientes foram re-encaminhados a Porto Alegre, acompanhados por seus cuidadores para a continuidade do tratamento no hospital de referência, onde os conhecimentos adquiridos e o planejamento do cuidado estruturado foram compartilhados por meio de capacitações teórico-práticas com as equipes multidisciplinares. Nessa instituição, a equipe multidisciplinar deu início ao planejamento de alta hospitalar que contemplou a educação dos pacientes e cuidadores para o manejo do dispositivo, referenciamento e treinamento da rede de atendimento local e visita domiciliar para avaliação e adaptação das orientações diárias ao contexto da residência.

A educação do paciente e cuidador para o cuidado seguro

O processo de educação do paciente e cuidador deve ser contínuo desde a indicação até o seguimento após a alta⁽³⁾. Desta forma, durante a internação foram realizadas diariamente sessões educativas com a presença dos respectivos cuidadores com o intuito de prepará-los para assumir os cuidados. As orientações teóricas e práticas tiveram como foco a identificação, revisão e manuseio dos componentes externos (controlador do sistema e *driveline*) e acessórios (módulo de energia, carregador e baterias), funcionamento, manuseio e higienização do dispositivo, além de parâmetros de normalidade e alarmes.

A gestão das fontes de energia visa à otimização da vida útil do equipamento, bem como a segurança do paciente, que depende hemodinamicamente do funcionamento da bomba. A conexão entre a bomba e o controlador do sistema se dá por meio do *driveline*, um cabo que se exterioriza no abdome do paciente. O sítio de saída do *driveline* é um pequeno pertuito abdominal, cuja estabilização depende de cuidados específicos. A infecção neste local está entre as principais complicações, com incidência de 19 a 35%⁽¹⁰⁾. Portanto, deve-se evitar tracionamento acidental do cabo, fixando-o a 4 cm do óstio, além de cobrir a região com curativo, o qual deve ser realizado com técnica asséptica e uso de máscara cirúrgica por todos os envolvidos no cuidado. O treinamento dos cuidadores quanto à técnica realizou-se na prática clínica, com luvas estéreis ou *kit* de curativo estéril. Conforme as habilidades demonstradas

no uso do instrumental, além da viabilidade de acesso ao material na rede pública, a equipe definiu a estratégia que melhor se aplicava a realidade do cuidador.

Considerando que os cuidados domiciliares com o DAV são parte fundamental para o sucesso do procedimento e atendendo às recomendações da literatura⁽³⁾, os pacientes de nosso centro periodicamente enviam imagens do sítio de saída do dispositivo ao enfermeiro coordenador de DAV. Também são orientados a comunicar imediatamente a equipe de referência quanto à mudança no aspecto do sítio de saída do *driveline* ou surgimento de sinais de infecção, conforme recomendações⁽³⁾.

Quanto à higiene corporal, organizou-se o planejamento para o banho no chuveiro com uso de bolsa impermeável para proteção da parte externa do equipamento e proteção do sítio de saída. A limpeza semanal do equipamento externo com desinfetante a base de quaternário de amônia foi orientada, assim como a restrição permanente à imersão em água (mar, rio, piscina e banheira).

Também foram reforçadas as orientações específicas para pacientes com IC quanto à dieta saudável e hipossódica, ao controle diário do peso, ao controle da pressão arterial média, à atividade física regular e ao encaminhamento para reabilitação cardíaca quando disponível. Os pacientes e cuidadores foram educados quanto à farmacoterapia, indicações e efeitos adversos, com destaque para anticoagulação oral com cumarínico, seus riscos, indicações, cuidados diários e complicações. Ainda, antes da alta hospitalar, foi elaborada e fornecida documentação de porte diário para acesso a locais com detectores de metal e viagens com o equipamento a bordo.

A assistência de saúde local

Foi definido junto à rede básica o fornecimento do material de consumo e empréstimo de *kits* de pinças ou luvas estéreis para realização dos curativos. As equipes dos hospitais próximos à residência dos pacientes receberam capacitação para a verificação da pressão arterial média e a conduta na identificação de falha de bomba, troca emergencial do controlador do sistema e atendimento à parada cardiorrespiratória. Foi viabilizada a solução de dúvidas e a troca de informações e literatura sobre o tema.

Ressalta-se que questões técnicas, cognitivas, sociais e psicológicas devem ser avaliadas e resolvidas antes da alta hospitalar, sendo necessária, muitas vezes, visita domiciliar para preparar a chegada do paciente⁽³⁾. Assim, a visita domiciliar com a presença dos cuidadores foi realizada com esse objetivo e para ajustes nas condições da moradia, como avaliação da rede elétrica, além de plano para obtenção de

energia elétrica em situações de falha no fornecimento por tempo prolongado.

Visando dar maior segurança aos pacientes, após a alta hospitalar, estes permanecem com monitoramento intensivo semanal realizado à distância por meio de ligações, mensagens telefônicas e e-mails. Ainda, há possibilidade de contato imediato do paciente ou cuidador com sua equipe, por meio do enfermeiro coordenador de DAV, em caso de dúvidas ou urgências.

Os pacientes em uso do DAV continuam em acompanhamento mensal no ambulatório de IC do hospital de referência, o qual inclui revisão dos cuidados, supervisão da troca do curativo pelo cuidador e manuseio do dispositivo.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

A comunicação efetiva entre equipe multiprofissional, pacientes e cuidadores no planejamento do cuidado em saúde de portadores de DAV teve papel fundamental a fim de prevenir e identificar complicações e, com isso, garantir os benefícios oriundos desta tecnologia de alto custo e complexidade.

A assistência segura e livre de riscos se dá por meio de equipes especializadas, com a participação efetiva de pacientes e cuidadores capacitados, além de redes de apoio preparadas para atuarem em situações de emergência. Considerou-se como limitação o fato de ser um relato de experiência, havendo necessidade da realização de estudos mais robustos quando da disseminação desta tecnologia no Brasil. No entanto, a sistematização ora apresentada, aliada à comunicação eficaz entre todos os envolvidos, qualifica o cuidado multidisciplinar aos pacientes com DAV, possibilitando-lhes maior sobrevida e qualidade de vida.

■ REFERÊNCIAS

1. Comitê Coordenador da Diretriz de Insuficiência Cardíaca (BR). Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. Arq Bras Cardiol. 2018 [citado 2018 jul 10];111(3):436-539. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/2018/v11103/pdf/11103021.pdf>.
2. Bacal F, Marcondes-Braga FG, Rohde LEP, Xavier Júnior JL, Souza Brito F, Moura LZ, et al. 3ª Diretriz Brasileira de Transplante Cardíaco. Arq Bras Cardiol. 2018;111(2):230-89. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20180153>.
3. Ayub-Ferreira SM, Souza Neto JD, Almeida DR, Biselli B, Avila MS, Colafranceschi AS. Diretriz de Assistência Circulatória Mecânica da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras Cardiol. 2016;107(2 supl. 2):1-33. doi: <https://doi.org/10.5935/abc.20160128>.
4. Kirklín JK, Pagani FD, Kormos RL, Stevenson LW, Blume ED, Myers SL, et al. Eighth annual INTERMACS report: special focus on framing the impact of adverse events. J Heart Lung Transplant. 2017;36(10):1080-6. doi: <https://doi.org/10.1016/j.healun.2017.07.005>.

5. Agrawal S, Garg L, Shah M, Agarwal M, Patel B, Singh A, et al. Thirty-day readmissions after left ventricular assist device implantation in the United States: insights from the nationwide readmissions database. *Circ Heart Fail.* 2018 Mar;11:e004628. doi: <https://doi.org/10.1161/CIRCHEARTFAILURE.117.004628>.
6. Nogueira JWS, Rodrigues MCS. Effective communication in teamwork in health: a challenge for patient safety. *Cogitare Enferm.* 2015;20(3):636-40. doi: <https://doi.org/10.5380/ce.v20i3.40016>.
7. Wachter, Robert M. *Compreendendo a segurança do paciente.* 2. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.
8. Feldman D, Pamboukian SV, Teuteberg JJ, Birks E, Lietz K, Moore SA, et al. The 2013 international society for heart and lung transplantation guidelines for mechanical circulatory support. *J Heart Lung Transplant.* 2013;32(2):157-87. doi: <https://doi.org/10.1016/j.healun.2012.09.013>.
9. Barcellos, RA. *Impacto da aplicação de uma lista de verificação em round multiprofissional nos tempos de ventilação mecânica e permanência em unidades de terapia intensiva [tese].* Porto Alegre (RS): Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-graduação em Medicina e Ciências da Saúde; 2018.
10. Dean D, Kallel F, Ewald GA, Tatoes A, Sheridan BC, Brewer RJ, et al. Reduction in driveline infection rates: results from the HeartMate II multicenter driveline Silicone Skin Interface (SSI) registry. *J Heart Lung Transplant.* 2015 June;34(6):781-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.healun.2014.11.021>.

■ **Autor correspondente:**

Dayanna Machado Pires Lemos
E-mail: dmlemos@hcpa.edu.br

Recebido: 31.08.2018

Aprovado: 08.11.2018