

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA
LISBOA**

**1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO
CRÍTICA**

Rita Vaz de Mascarenhas Almada Guerra

COMUNICAÇÃO EFICAZ NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS AO DOENTE CRÍTICO :

APLICAÇÃO DA METODOLOGIA ISBAR

Relatório Final de Estágio

Lisboa, Outubro de 2024

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA
LISBOA

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO
CRÍTICA

Rita Vaz de Mascarenhas Almada Guerra

COMUNICAÇÃO EFICAZ NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS AO DOENTE CRÍTICO :

APLICAÇÃO DA METODOLOGIA ISBAR

Relatório Final de Estágio

Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa
de Lisboa para a conclusão do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na
Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica

Docente Orientador: Prof. Dr. Paulo Santos

Lisboa, Outubro de 2024

“Não sei o que nos espera, mas sei o que me preocupa: é que a medicina, empolgada pela ciência, seduzida pela tecnologia e atordoada pela burocracia, apague a sua face humana e ignore a individualidade única de cada pessoa que sofre, pois embora se inventem cada vez mais modos de tratar, não se descobriu ainda a forma de aliviar o sofrimento sem empatia ou compaixão.”

João Lobo Antunes

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi possível graças ao interesse, boa vontade, paciência e disponibilidade de um grande número de pessoas, a quem manifesto o meu sincero agradecimento.

Ao Professor Dr. Paulo Santos, pela ajuda e atenção dispensadas no esclarecimento de dúvidas, assim como na orientação e apoio prestados na elaboração deste trabalho.

A toda a minha família e amigos por terem estado sempre do meu lado, motivando-me de diversas formas oferecendo incondicionalmente todo o seu apoio.

Aos meus colegas de Mestrado pela partilha de momentos de aprendizagem, pela ajuda e pelo encorajamento em continuar com este percurso até ao fim.

Aos meus supervisores clínicos, enfermeiros e restantes profissionais de saúde dos diversos campos de estágio por onde passei, por me terem recebido sempre de braços abertos e terem tido disponibilidade e paciência para me ajudar neste percurso.

RESUMO

O presente trabalho é a etapa final de um percurso formativo inserido no curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização em Enfermagem no cuidado à Pessoa em Situação Crítica.

Neste, será realizada uma análise crítica, reflexiva e fundamentada do percurso realizado, tendo em conta as vivências e atividades desenvolvidas, ao longo de três estágios, e o seu contributo para a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas e de Mestre.

Foi realizado um projeto de intervenção, com implementação nos diferentes campos de estágio, que teve como base a Metodologia de Projeto e enquadrado no Modelo para a Mudança da Prática Baseada na Evidência. Este teve como objetivo sensibilizar, os profissionais de saúde, para a importância da aplicabilidade da Metodologia ISBAR durante a transição de cuidados garantido segurança e qualidade nos cuidados prestados.

Na saúde, a comunicação eficaz, é fundamental para garantir uma prestação de cuidados humanizada, segura e personalizada com resultados positivos para o doente e para os profissionais de saúde. Atualmente à luz da evidência, 70% dos eventos adversos resultam de uma comunicação fraca e ineficaz entre profissionais de saúde durante a transição de cuidados. A utilização de metodologias padronizadas de comunicação, pode reduzir esta percentagem, melhorando o processo de transferência de informação como é exemplo a metodologia ISBAR.

Trata-se de uma ferramenta que padroniza a comunicação em saúde, durante os momentos de transferências dos doentes, e é caracterizada por facilitar a transmissão de informação essencial de forma rápida e eficaz. Esta é reconhecida internacionalmente, e em Portugal existe uma norma reguladora (Norma nº001/2017), criada pela Direcção Geral da Saúde, que padroniza esta metodologia em todas as instituições de saúde.

De modo a garantir uma boa base de sustentação e fundamentação de todas as atividades realizadas durante o estágio foram, previamente, efetuadas diversas pesquisas em diferentes bases de dados científicas com o intuito de garantir informação fidedigna.

Palavras Chave: Enfermagem; Enfermagem Médico-Cirúrgica; Doente crítico, Segurança do doente, Comunicação eficaz, Transição de cuidados, ISBAR.

ABSTRACT

This work is the final stage of a training path included in the Master's degree in Medical-Surgical Nursing in the area of specialization in Nursing in the care of People in Critical Situations.

In this, a critical, reflective and well-founded analysis of the path taken will be carried out, taking into account the experiences and activities developed, throughout three stages, and their contribution to the acquisition and development of specialized and Master's skills.

An intervention project was carried out, with implementation in the different internship fields, which was based on the Project Methodology and framed in the Evidence-Based Practice Change Model. This aimed to raise awareness among health professionals about the importance of the applicability of the ISBAR Methodology during the transition of care, guaranteeing safety and quality in the care provided.

In healthcare, effective communication is essential to guarantee a humanized, safe and personalized provision of care with positive results for the patient and healthcare professionals. Currently in light of evidence, 70% of adverse events result from weak and ineffective communication between healthcare professionals during the transition of care. The use of standardized communication methodologies can reduce this percentage, improving the information transfer process, such as the ISBAR methodology.

It is a tool that standardizes health communication during patient transfers, and is characterized by facilitating the transmission of essential information quickly and effectively. This is internationally recognized, and in Portugal there is a regulatory standard (Norm nº001/2017), created by the General Directorate of Health, which standardizes this methodology in all health institutions.

In order to guarantee a good basis of support and justification for all activities and actions carried out, bibliographical research was carried out in different scientific databases in order to guarantee reliable information.

Keywords: Nursing; Medical-Surgical Nursing; Critical patient, Patient safety, Effective communication, Care transition, ISBAR.

LISTA DE SIGLAS, ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS

EE: Enfermeiro Especialista

EMC: Enfermagem Médico Cirúrgica

EEEMC: Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica

PSC: Pessoa em Situação Crítica

OE: Ordem dos Enfermeiros

APA: Atendimento Permanente de Adultos

UCIP: Unidade de Cuidados Polivalente

UCPA: Unidade de Cuidados Pós Anestésicos.

DGS: Direcção Geral da Saúde

MCDT: Meios Complementares de Diagnóstico e Tratamento

UVI: Unidade de Vigilância Intensiva

BO: Bloco Operatório

OMS: Organização Mundial de Saúde

JCI: Joint Commission International

IQS: Instituto de Qualidade em Saúde

CNQ: Conselho Nacional de Qualidade

PNSD: Plano Nacional de Segurança do Doente

DQS: Departamento de Qualidade em Saúde

SNS: Sistema Nacional de Saúde

CIPE: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

PBE: Prática Baseada na Evidência

GGSD: Gabinete de Gestão e Segurança do Doente

SO: Serviço de Observação

BPS: Precauções Básicas de Segurança

PCR: Paragem Cardio-Respiratória

ÍNDICE

I. INTRODUÇÃO.....	12
II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
II.1. Referencial teórico de Enfermagem	15
II.2. Segurança do doente	17
II.3. Comunicação em saúde	21
II.4. Transição de cuidados	24
II.5. Metodologia ISBAR	25
III. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO	28
III.1. Atendimento Permanente de Adultos (APA).....	28
III.2. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP).....	29
III.3. Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA)	31
IV. PROJETO DE INTERVENÇÃO	33
IV.1. Metodologia do Projeto	33
IV.1.1. Diagnóstico de situação	33
IV.1.2. Definição de Objetivos	38
IV.1.3. Planeamento	39
IV.1.4. Execução e avaliação das atividades	40
V. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS E DE MESTRE	44
V.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	45
V.1.1. Competência no domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal	46
V.1.2. Competência no domínio da Melhoria contínua da qualidade	48
V.1.3. Competência do domínio da Gestão de cuidados	50
V.1.4. Competência do domínio do Desenvolvimento das aprendizagens	52
V.2. Competências do Enfermeiro Especialista na Área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica da Pessoa em Situação Crítica	54
V.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	55

V.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.....	61
V.2.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas	62
VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69

APÊNDICES

Apêndice A: Guião de Auditoria adaptado	77
Apêndice B: Resultados das auditorias	80
Apêndice C: Questionário aplicado	87
Apêndice D: Resultados dos questionários	89
Apêndice E: Projetos desenvolvidos APA (Folha de passagem de turno)	93
Apêndice F: Projetos desenvolvidos APA (Tapete de rato para computador)	95
Apêndice G: Projetos desenvolvidos UCIP (Panfleto para pranchetas)	97
Apêndice H: Projetos desenvolvidos UCPA (Cartaz Informativo)	99
Apêndice I: Plano de apresentação da ação de formação	101
Apêndice J: Apresentação da ação de formação	103
Apêndice L: Projetos desenvolvidos UCPA (Cartões de informação rápida)	121
Apêndice M: Projetos desenvolvidos UCPA (Crachá)	123

Apêndice N: Intervenções de Enfermagem na Prevenção da Infecção do Trato Urinário - <i>Scoping Review</i>	125
--	-----

ANEXOS

Anexo 1: Diploma de formador da ação de formação “Comunicação Eficaz na transição de cuidados: Metodologia ISBAR”	128
Anexo 2: Diploma do curso “International Trauma Life Support (ITLS)”	131
Anexo 3: Diploma do curso “Precauções Básica do Controle de Infecção (PBCI)”	133

ÍNDICES DE QUADROS

Quadro 1: Modelo explicativo da metodologia ISBAR	26
Quadro 2: Realização de Auditorias aos momentos de transição - Passagens de turno	35
Quadro 3: Questões do questionário	36
Quadro 4: Aplicação dos questionários	37
Quadro 5: Cronograma de atividades previstas e realizadas	39
Quadro 6: Unidades de competência comuns a) e de Mestre desenvolvidas	46
Quadro 7: Unidades de competência comuns b) e de Mestre desenvolvidas	48
Quadro 8: Unidades de competência comuns c) e de Mestre desenvolvidas	50
Quadro 9: Unidades de competência comuns d) e de Mestre desenvolvidas	52
Quadro 10: Unidades de competência específica 1) e de Mestre desenvolvidas.....	55
Quadro 11: Unidades de competência específica 2) desenvolvidas	61
Quadro 12: Unidades de competência específica 3) desenvolvidas	62

I. INTRODUÇÃO

No âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de especialização em enfermagem à pessoa em situação crítica o presente estágio está inserido no plano de estudo curricular tendo carácter obrigatório. Tal facto, é exigido pela Ordem dos Enfermeiros para a obtenção do grau de Enfermeiro especialista.

Para a sua realização foi solicitada a escolha de um tema a ser desenvolvido, como projeto de intervenção, aplicável nos diferentes campos de estágio. O tema proposto centrou-se na aplicabilidade da metodologia ISBAR, como ferramenta de comunicação padronizada, na garantia de uma comunicação eficaz durante a transição de cuidados do doente crítico. Esta temática suscitou o interesse pessoal em desenvolver competências e aprofundar conhecimentos em duas áreas distintas, e ao mesmo tempo complementares, como é o caso da comunicação eficaz e a segurança do doente.

A metodologia ISBAR é uma ferramenta, atualmente, utilizada nos serviços de saúde em Portugal com o intuito de colmatar a ineficiência da comunicação na transição de cuidados. A sua utilização é recomendada pela Direção Geral da Saúde (DGS) pela Norma nº 001/2017, que visa a uniformização e padronização da comunicação na prestação de cuidados de saúde com o objetivo de garantir a segurança e qualidade dos serviços prestados aos doentes.⁽¹⁾

ISBAR, é um conjunto de letras que formam uma mnemónica. É um método que facilita a memorização de um conjunto de informações, relativas ao doente, que serão transmitidas verbalmente durante a transição de cuidados. A cada letra corresponde o seguinte significado, I (identificação), S (situação atual), B (antecedentes adotado do inglês *background*), A (avaliação) e R (recomendações).⁽¹⁾

A comunicação é um pilar essencial em todas as áreas da vida, mas a sua importância atinge novos patamares na prestação de cuidados de saúde, onde a clareza e a eficácia na troca de informações podem ter impacto significativo na segurança do doente e na qualidade dos cuidados prestados.

A comunicação em saúde é uma prática vital que se estende por diversas especialidades, sendo particularmente crítica na prestação de cuidados de enfermagem pela desvalorização da sua importância e pelo baixo investimento formativo dos profissionais nesta área.⁽²⁾

Ao Enfermeiro Especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área do cuidado à Pessoa Situação Crítica são reconhecidas capacidades na área da comunicação onde deve demonstrar conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação avançadas perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica.⁽³⁾ Deve deste modo utilizar estas competências na prática diária da sua atividade promovendo a segurança e qualidade garantido a continuidade dos cuidados prestados ao doente.

Pelo exposto, posso afirmar que este tema é atual e pertinente para o meu contexto e prática profissional que, enquanto futura enfermeira especialista em enfermagem médico cirúrgica, pretendo desenvolver competências no cuidado especializado à pessoa em situação crítica.

Desta forma, foi definido como objetivo geral deste percurso formativo: Desenvolver competências éticas, científicas, técnicas, relacionais e humanas de enfermeiro especialista no cuidado especializado à pessoa em situação crítica e sua família. Para possibilitar a sua concretização realizei três estágios no contexto da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, num hospital do sector privado na área metropolitana de Lisboa. Os mesmos decorreram em três serviços distintos, Atendimento Permanente de Adultos (APA), Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) e Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA), no período de 5 de Dezembro de 2023 a 24 de Julho de 2024.

Este trabalho está dividido em sete capítulos. No primeiro capítulo é realizada a presente introdução onde se justifica a pertinência da temática para a área de especialidade. O segundo capítulo corresponde ao enquadramento teórico que sustenta a temática escolhida e onde serão abordados todos tópicos relacionados com a mesma. O terceiro capítulo é dedicado à caracterização dos diferentes contextos de estágios onde é feita uma breve descrição de cada um. O quarto capítulo é destinado ao plano de intervenção realizado, em cada contexto de estágio, tendo como base as cinco fases da metodologia do projeto (diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento, execução e avaliação das atividades) e onde serão descritas, com detalhe as ações realizadas em cada uma delas. O

quinto capítulo faz uma análise crítica, reflexiva e fundamentada do percurso realizado, tendo em conta as vivências e atividades desenvolvidas, ao longo de três estágios, e o seu contributo para a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas e de Mestre. No sexto capítulo é feita uma síntese de todo o trabalho realizado onde se dá ênfase às principais conclusões retiradas da elaboração do trabalho, ganhos pessoais e profissionais bem como as dificuldades e limitações. E, por último, no sétimo capítulo é apresentada a referência bibliográfica, segundo as normas de elaboração de trabalho académico da Escola Superior da Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa - Lisboa, que preconiza o estilo de Vancouver.

II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo será realizado o enquadramento teórico, que tem como objetivo rever a literatura existente sobre as diversas temáticas em estudo, assim como suportar as conclusões e atividades que foram desenvolvidas no decorrer dos campos de estágio.⁽⁴⁾

II.1. Referencial teórico de Enfermagem

O recurso a um referencial teórico no exercício da profissão de Enfermagem desempenha um papel fundamental que orienta a prática numa atuação fundamentada.⁽⁵⁾

Podemos descrever a Enfermagem como *“uma ciência que envolve o cuidado, no sentido de ajudar as pessoas a atingir o seu potencial humano e promover a adaptação individual, facilitar a interação entre a pessoa e enfermeiro e promover a harmonia entre a pessoa e o ambiente circundante”*.^(6:35)

O crescimento da Enfermagem como profissão assume um papel fundamental na vida das pessoas ao longo do seu ciclo vital, contribuindo para a prevenção da doença e para a promoção da saúde e qualidade de vida.⁽⁷⁾

O enfermeiro, como profissional de referência, tem um papel fundamental na continuidade dos cuidados, pois é ele quem mais tempo passa junto do doente. A sua intervenção não se limita apenas à execução de técnicas e procedimentos tendo, também, responsabilidades acrescidas no domínio profissional, ético e legal, da melhoria contínua da qualidade e gestão de cuidados.⁽³⁾

A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência iminente de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.⁽³⁾ É uma situação inesperada, complexa, carregada de angústia, stress e incerteza vivenciada pelo doente e sua família. Acresce ainda o impacto que estas situações têm ao nível dos profissionais de saúde, contribuindo para elevados níveis de stress emocional no sentido de reverter a situação.⁽⁸⁾

Nesta vivência existem processos de transição desencadeados por eventos críticos com consequentes mudanças no indivíduo e/ou no ambiente. A transição de saúde-doença, segundo Afaf Meleis, é um processo dinâmico e temporário, caracterizado por alterações biofisiológicas súbitas (doença aguda) ou progressivas no caso da doença crônica.^(9,10)

São períodos de grande complexidade, que podem ocorrer ao longo do ciclo de vida do ser humano, e que resultam em momentos de mudança, desequilíbrio e incertezas indutores de instabilidade temporária.⁽⁹⁾

Esta teoria, denominada de Teoria das Transições, foi desenvolvida com o intuito de ajudar o Enfermeiro, durante o cumprimento da sua atividade profissional, a compreender e a cuidar do doente/família que se encontra a vivenciar um processo de transição.^(9,11)

Os enfermeiros, como profissionais de saúde privilegiados no contato com o doente e sua família, devem identificar as necessidades individuais da pessoa/família e perdas que possam ocorrer durante o processo de transição, estabelecendo intervenções terapêuticas de enfermagem que os ajudem a ultrapassar este período, alcançando processos de transições saudáveis.^(9,11)

As intervenções, do Enfermeiro, neste processo devem ser previamente preparadas e antecipadas com intuito de prevenir os efeitos negativos que advêm da transição, promovendo resultados positivos de saúde.^(9,12) O enfermeiro é, deste modo, um elemento fundamental e facilitador na adaptação às transições.

No decorrer da sua jornada profissional, o enfermeiro, passa por diversas etapas de desenvolvimento e aquisição de competências provenientes das experiências vivenciadas em contextos reais e pela reflexão sistemática das mesmas.^(9,11,12) Estas são, segundo Patrícia Benner, caracterizadas por aprendizagens de conhecimentos teóricos e práticos que melhoram a sua atividade profissional.

A sua obra, que aplica o modelo de aquisição de competências de Dreyfus à Enfermagem, define que a competência do enfermeiro no domínio do cuidar desenvolve-se em cinco etapas: iniciado, iniciado-avançado, competente, proficiente e perito. A passagem de uma etapa para a seguinte depende do sucesso alcançado na etapa anterior.⁽¹³⁾

Cada etapa possui um conjunto de características e comportamentos próprios que permitem ao enfermeiro identificar necessidades de aprendizagem. É através da experiência que o enfermeiro aprende a focalizar de imediato aquilo que é relevante na situação e a retirar o seu significado.⁽³⁾

A aquisição de competências, que permitem uma prática de cuidados de excelência, é conseguida através de uma formação de qualidade aliada a um conjunto de experiências clínicas nos mais diversos contextos, depreendendo-se que a mesma não seja alcançada sem uma diversificação experiencial.⁽³⁾

O Enfermeiro Perito é detentor de uma vasta experiência e de conhecimento que lhe permite um julgamento clínico ágil e intuitivo identificando respostas clínicas inesperadas e potenciais problemas do doente/família, prestando cuidados holísticos. São profissionais de referência para os seus pares e reconhecidos pelos seus superiores, como uma mais valia à equipa, pela sua conduta de excelência.⁽¹⁴⁾

O EEEMC na PSC , não possui apenas habilidades técnicas avançadas. A sua prática vai além da aplicação de regras e protocolos incorporando a compreensão da complexidade das situações clínicas e a habilidade de tomar decisões éticas, informadas e baseadas na evidência científica.^(3,7)

II.2. Segurança do doente

A Segurança do Doente é reconhecida internacionalmente como um pilar fundamental da qualidade de prestação de cuidados de saúde.⁽¹⁵⁾

Este conceito refere-se à redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável⁽¹⁾ durante a prestação de cuidados de saúde. Um mínimo aceitável *“refere-se à noção colectiva em face do conhecimento actual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento.”* ^(16:14) Envolve uma série de práticas e políticas destinadas a reduzir o risco de ocorrência de erros com intuito de melhorar os resultados para os doentes.

A qualidade distingue-se do conceito de segurança por representar o grau com que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e é uma garantia de sustentabilidade dos sistemas em saúde. ^(1, 15)

Tornar os cuidados de saúde seguros e de qualidade, para os doentes e para os profissionais de saúde, é um tema emergente e desafiante para qualquer agenda política. É uma temática com implicações técnicas, éticas, morais e económicas sobre a qual a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem preconizado inúmeras iniciativas. ^(15,17,18,19,20)

A complexidade e imprevisibilidade que caracterizam os sistemas de saúde atuais, em conjunto com o desenvolvimento tecnológico e científico na área da saúde, apesar do seu enorme potencial, podem revelar novas ameaças à segurança do doente. ^(17,18,20) Aliado aos aspetos anteriormente mencionados, realçam-se ainda as alterações sócio-demográficas das populações, com o aumento da esperança média de vida, consequente envelhecimento da população e co-morbilidades associadas. ⁽²⁰⁾

Perante este panorama de grandes e profundas alterações emergem preocupações direcionadas à qualidade do cuidado prestados aos doentes, das organizações de saúde com intuito de criar ações direcionadas à melhoria contínua. ⁽²⁰⁾

Muitos foram os estudos, relatórios, organizações e campanhas que lançaram as bases da segurança do doente. Mas foi realmente, em 1999, o ponto de viragem, com a publicação do estudo “*To Err is human: Building a Safer Health System*” pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América. Neste relatório foi revelado que, anualmente, nos hospitais Norte Americanos, faleciam cerca de 44.000 a 98.000 doentes devido a erros evitáveis. ⁽²⁰⁾ Tornou-se evidente, ao contrário do que era esperado, que os cuidados de saúde não são infalíveis no que respeita à segurança. ⁽¹⁷⁾ Outras conclusões retiradas deste relatório dão ênfase ao prejuízo económico resultante desses erros com valor estimado de 17 a 29 biliões de dólares de custos adicionais, assim como o impacto negativo na qualidade dos serviços de saúde prestados à população sem contrapartidas sociais. ⁽²⁰⁾

Apartir deste momento tornou-se imperativo que as instituições assumam a área da segurança do doente como uma prioridade. O conhecimento destes factos levou a mudanças importantes de priorização de atividades na área de investigação e desenvolvimento de

programas hospitalares e políticos focados na medição de parâmetros, regulamentação e acreditação em saúde.⁽¹⁵⁾

A OMS em 2004 com a criação do “*World Alliance for Patient Safety*” lançou um desafio à escala mundial tendo em conta a segurança do doente, onde o principal objetivo seria a definição, a nível global, de políticas, padrões de qualidade, normas e programas de financiamento que contribuam para uma prestação de cuidados de saúde segura, eficaz e centrada no doente.^(17,21)

Um ano mais tarde, em 2005, surge da parceria entre a OMS e a *Joint Commission International* (JCI) um conjunto de soluções com o objetivo de sistematizar e definir medidas e políticas em áreas consideradas problemáticas, na segurança do doente.

Estas soluções, passam por mudanças simples nas práticas diárias nos cuidados de saúde com o intuito de evitar eventos adversos e pretendem ser linhas orientadoras para as instituições e para os profissionais de saúde. São nove as soluções de segurança propostas: (1) gestão de medicamentos de aspeto e nome semelhante - medicamentos lasa, (2) identificação do paciente, (3) comunicação durante a transição de cuidados, (4) realização do procedimento correcto no local correcto, (5) controlo das soluções concentradas de eletrólitos, (6) conciliação medicamentosa, (7) evitar erros nas conexões de cateteres e tubos, (8) uso único de dispositivos injectáveis e (9) melhorar a higiene das mão para prevenir infeções associadas aos cuidados de saúde.⁽²⁰⁾ Foram criados protocolos padronizados de boas práticas com mecanismos de avaliação próprios com o intuito de monitorizar e analisar o impacto da implementação destas soluções sobre os cuidados de saúde.

Em Portugal, como em muitos outros países, a segurança do doente integrou a agenda política nacional tendo sido desenvolvidos e implementados projetos e ações com o intuito de criar uma cultura de segurança do doente. São provas disso a criação do Instituto de Qualidade em Saúde (IQS) e do Conselho Nacional de Qualidade (CNQ) em 1999, protocolos conjuntos com o *King's Fund Health Quality Service*, através da publicação, em 2000, do manual de acreditação hospitalar e o formulação do Plano Nacional de Saúde (PNSD) para o período de 2001-2010 pela DGS.^(10,21)

Posteriormente, com o PNSD estendendo-se a 2015-2020, assistiu-se de uma forma mais direcionada à definição de ações a serem desenvolvidas a nível local e central em matéria de segurança do doente.⁽²¹⁾

Este documento foi considerado um instrumento fundamental, de apoio à gestão e atuação de profissionais na área de saúde, no que respeita à aplicação de boas práticas de segurança. É de salientar que a realização deste plano tem por base as metas definidas pela OMS e as recomendações do Conselho da União Europeia de 9 de Junho de 2009 sobre a segurança do doente.⁽²²⁾

Coordenado pelo Departamento da Qualidade na Saúde (DQS) da DGS, este plano visa o alcance de nove objetivos estratégicos tendo em vista a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados de saúde prestados à população, são eles: (1) aumentar a cultura de segurança do ambiente interno, (2) aumentar a segurança da comunicação, (3) aumentar a segurança cirúrgica, (4) aumentar a segurança na utilização da medicação, (5) assegurar a identificação inequívoca dos doentes, (6) prevenir a ocorrência de quedas, (7) prevenir a ocorrência de úlceras por pressão, (8) assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes (9) prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos.

Durante os cinco anos, correspondentes ao PNSD 2015-2020, fomentou-se a segurança do doente no Sistema Nacional de Saúde (SNS) com melhoria do primeiro, terceiro, quarto, quinto, sexto, sétimo e oitavo objetivos.⁽²²⁾

A experiência resultante da execução do PNSD 2015-2020, bem como a sua avaliação foram fatores determinantes na elaboração de um novo PNSD com área temporal estratégica para 2021-2026 publicado a 24 de Setembro de 2021 em Diário da República. Este plano reúne conhecimento mais atualizado na área da segurança do doente com foco na reestruturação do plano original no sentido de mobilizar não só os gestores e profissionais de saúde, para a sua aplicabilidade, mas também os doentes, as famílias e respetivos cuidadores.⁽²²⁾ Este tem por base as recomendações decorrentes dos objetivos de desenvolvimento sustentável das Nações Unidas, mais especificamente no seu terceiro objetivo e no Plano Acção Mundial para a segurança do doente (2021-2030).⁽²¹⁾

O PNSD 2021-2026 prevê consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, incluindo novos desenvolvimentos tecnológicos na área da saúde, sem negligenciar os princípios que são a base da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação e a implementação contínua de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos e exigentes.^(18,21) Encontra-se estruturado em cinco pilares fundamentais (ao invés de nove como o PNSD anterior), nomeadamente: (1) cultura de Segurança, (2) liderança e governança, (3) comunicação, (4) prevenção e gestão de incidentes de segurança, (5) práticas seguras em ambientes seguros.

É de salientar que a preocupação com o tema da comunicação é evidenciado desde os primeiros planos estratégicos, para a segurança do doente, nacionais e internacionais. A comunicação, nomeadamente, a comunicação na saúde têm uma importância crítica e estratégica na medida em que pode influenciar todo o percurso e experiência do doente e é um meio de avaliação da qualidade de cuidados prestados e competência dos profissionais de saúde.⁽²³⁾

É imperativo que a melhoria da qualidade da comunicação durante a prestação de cuidados de saúde seja uma prioridade para todos, nomeadamente, para os profissionais de saúde e doentes. Esta influencia, de modo positivo, os resultados em saúde melhorando a segurança, qualidade e confiança nos cuidados prestados.

II.3. Comunicação em saúde

Comunicar é uma capacidade básica, inerente à natureza humana, que está presente em todas as interações humanas, sejam estas intrapessoais, interpessoais ou sociais. É um processo complexo, dinâmico e permanente, onde existe partilha de informação e interpretação de significados, com recurso a linguagem verbal e não verbal.^(10,24,25)

É considerada uma das principais ferramentas para o desenvolvimento humano. É através da comunicação que expressamos necessidades, partilhamos experiências, possibilitamos os relacionamentos e nos mostramos ao mundo.⁽²⁴⁾

Compreende-se a comunicação como uma área transversal à sociedade, presente nos diversos contextos do dia a dia, e que assume uma importância vital na área da saúde.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) define comunicação como um comportamento interativo que permite a transmissão e a recepção de informações, recorrendo a comportamentos verbais e não verbais, podendo ser face a face através da utilização de meios tecnológicos, como por exemplo o telefone ou o computador.⁽²⁶⁾

A comunicação em saúde, tal como o nome indica, ocorre num contexto de prestação de cuidados de saúde. Tem um carácter multidimensional pelo facto de ser transversal - abrangendo as várias áreas e contextos de saúde, central - centrada no doente e na sua relação com as diferentes equipas de saúde e estratégica - direccionada para a qualidade e satisfação do doente e sua família.⁽²³⁾ É um componente fundamental que garante a qualidade dos cuidados de saúde, promove a segurança do doente e facilita a colaboração entre profissionais de saúde.⁽²³⁾

É uma componente básica dos cuidados de saúde, considerado como um indicador de qualidade dos cuidados e dos próprios sistemas de saúde. São inúmeros os estudos que evidenciam que parte dos problemas, insucessos e insatisfações ao nível educacional, relacional, clínico, organizacional e da gestão está relacionada com problemas de comunicação.⁽²⁷⁾

Em qualquer contexto, nomeadamente ao nível da prestação de cuidados de saúde, garantir que a comunicação é eficaz entre os diferentes profissionais, o doente e a sua família, é fundamental para a segurança e qualidade dos serviços prestados.^(17,28)

Entende-se por comunicação eficaz entre profissionais de saúde, aquela que é transmitida de modo oportuno, preciso, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo receptor.⁽¹⁾

Comunicar com eficácia em saúde é determinante, uma vez que permite, a assimilação de maior quantidade de informação, promove melhor adesão aos planos terapêuticos e melhora a satisfação dos cuidados prestados.⁽²⁴⁾ Para tal, a informação transmitida deverá ser clara, compreensível, credível, consistente, personalizada e sustentada em evidência científica.⁽²⁹⁾

Todo este processo se torna mais complexo quando realizado em contextos caracterizados por alto fluxo de informações, partilhadas entre diferentes pessoas e profissionais onde por vezes impera o caos e a imprevisibilidade, como são exemplo os serviços onde se prestam cuidados ao doente crítico, nomeadamente Serviços de Urgência e Cuidados Intensivos.⁽²⁹⁾

As falhas de comunicação comprometem a segurança do doente e são um dos principais factores que levam a ocorrência de efeitos adversos.^(1,17) A evidência revela que 70% dos eventos adversos e as principais causas de eventos sentinela, são devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados dos doentes.^(1,17)

Estas falhas relacionam-se com omissões e/ou erros de informação, a não utilização de processos padronizados, o ruído, ausência de trabalho em equipa, falta de precisão e ausência de priorização de intervenções.^(1,17,29)

Mais do que as falhas apontadas anteriormente salienta-se a incipiente formação pré-graduada e contínua no desenvolvimento de competências comunicacionais durante o exercício profissional. O contexto de referência atual dos serviços de saúde é dominado pelo modelo biomédico (que valoriza excessivamente as técnicas de diagnóstico) e negligenciam aspetos essenciais à humanização dos cuidados, como é o caso da comunicação.⁽²⁹⁾

Neste sentido torna-se fundamental aumentar as oportunidades de formação, quer pré-graduada e contínua, relacionadas com a melhoria da comunicação nos cuidados de saúde. Apesar de ser uma ação realizada diariamente e ser intrínseca à natureza humana, comunicar, exige competências que devem ser aprendidas e treinadas para o estabelecimento de uma comunicação eficaz.

A capacidade de comunicar de forma eficaz para além de ser uma competência específica inerente à área de EMC, é também um elemento-chave na prática de cuidados diários, constituindo uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional. É fundamental que os enfermeiros desenvolvam conhecimentos e habilidades que lhes permitam comunicar de forma eficaz e inequívoca.^(13,29)

A comunicação assume assim um aspeto fundamental para garantir a continuidade de cuidados contribuindo inequivocamente para a humanização, segurança e qualidade dos mesmos.⁽²⁵⁾

II.4. Transição de cuidados

A complexidade do percurso do doente durante a prestação de cuidados é um contínuo de procedimentos e técnicas executadas por diferentes profissionais, diferentes equipas e muitas vezes em diferentes serviços e hospitais que potenciam os riscos para a ocorrência de eventos adversos.^(29,31)

O processo de comunicação em ambiente hospitalar é complexo, dinâmico e caracteriza-se pela elevada quantidade de informação, diferentes profissionais de diferentes serviços e categorias com múltiplas exigências laborais.⁽³⁰⁾

Entende-se como transição de cuidados de saúde todos os momentos onde existe transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, com o objetivo de dar continuidade e garantir a segurança dos mesmos.^(1,17)

Estes momentos de transição devem ser realizados formalmente permitindo a oportunidade de questionar, clarificar e confirmar a informação transmitida de modo a promover a continuidade dos cuidados.^(17,31)

São ocasiões de grande vulnerabilidade e de risco para a segurança do doente pela enorme complexidade que lhe está associada. Entre as principais falhas nos processos de transição destacam-se: Transferências em momentos críticos, falta de padronização na passagem de informação, variabilidade de práticas, escassez de tempo e falta de formação nesta área.^(17,29)

Os enfermeiros são os profissionais de saúde que mais tempo passam ao lado do doente, sendo fundamentais na dinâmica da prestação de cuidados. Assim, a transmissão de informação relativa aos cuidados de enfermagem deve decorrer de forma formal, num momento assinalado por uma comunicação efetiva.^(10,17)

As falhas de comunicação na transferência de informação podem ter um impacto significativo na segurança do doente, na eficácia de tratamentos e na qualidade global dos cuidados de saúde.^(1,16,28) Com o objetivo de garantir a segurança nos cuidados de saúde é fundamental que as instituições adotem políticas e normas com o intuito de assegurar uma comunicação eficaz. Esta caracteriza-se por ser oportuna, precisa, completa sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo receptor.⁽¹⁾

Uma forma de garantir a melhoria da comunicação entre profissionais de saúde é a criação de protocolos padronizados de comunicação para transmissão de informações importantes.⁽¹⁷⁾

II.5. Metodologia ISBAR

Com o objetivo de melhorar a transmissão de informação durante a prestação de cuidados é recomendada a implementação de um sistema padronizado para a transição de cuidados, uma vez que a standartização do método de transmissão de informação reduz a perda de informação essencial promovendo a continuidade dos cuidados.^(1,16,17,32)

A evidência científica reconhece que o recurso a instrumentos estruturados e padronizados nos momentos críticos de transição de cuidados, como é o caso das passagens de turno e transferências de doentes, melhoram significativamente a qualidade da informação transmitida com impacto directo na estabilização e prognóstico do doente.^(1,17,22,29)

Estudos publicados reforçam que a padronização da comunicação através de metodologias simplificadas, como é o caso da técnica ISBAR, são facilitadoras durante a transmissão de informações e promovem um clima de segurança reduzindo os incidentes causados por erros/falhas de comunicação.⁽³³⁾ Esta ferramenta permite uma comunicação eficaz e demonstrou a possibilidade de relatar informações verbais concisas, pertinentes e complexas durante os momentos de transição,^(34,35) diminuindo a ocorrência de eventos adversos relacionados com as falhas de comunicação em 20%.⁽³³⁾

No sentido de minimizar as consequências da comunicação ineficaz surge em 2017, pela DGS a norma nº001/2027⁽¹⁾ que uniformiza a técnica ISBAR como método de comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados.

A metodologia ISBAR é de fácil aplicabilidade, memorização e pode ser utilizada em diferentes contextos da prestação de cuidados recorrendo a uma técnica padronizada, simples, flexível, concisa e clara para comunicar informações relativas a esses cuidados.

ISBAR, não é mais que uma mnemónica, onde a cada inicial corresponde uma informação do doente (I: corresponde à Identificação, S: à Situação atual, B: aos Antecedentes, A: à Avaliação, R: às Recomendações).⁽¹⁾

O quadro que se segue (Quadro 1), retirado da Norma nº001/2017 da DGS, demonstra de forma mais detalhada as informações que devem ser transmitidas durante a transição de cuidados utilizando a Metodologia ISBAR.

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

Quadro 1: Modelo explicativo da metodologia ISBAR⁽¹⁾

Além de funcionar como ferramenta de uniformização da comunicação entre os profissionais de saúde, a metodologia ISBAR contribui para a rápida tomada de decisões, estimula o pensamento crítico, diminui o tempo na transferência de informação, facilitando a rápida integração dos novos profissionais.⁽¹⁾

A Enfermagem é uma ciência em constante evolução que se adapta às diferentes realidades pela procura de diferentes abordagens que aumentem a qualidade dos cuidados prestados à população.⁽³⁶⁾ A utilização de metodologias que permitam uma transferência de informação organizada e sistematizada, com evidência científica demonstrada, e que diminuam a ocorrência de eventos adversos é fundamental para garantir a excelência dos cuidados em Enfermagem.

III. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

No capítulo que se segue é feita uma rápida caraterização dos diferentes contextos onde foram realizados os estágios de natureza profissional, fundamentais para o desenvolvimento e aquisição de competências de EE.

Os serviços onde decorreram os estágios foram escolhidos pelo contexto de prestação de cuidados da pessoa em situação crítica tendo como obrigatoriedade o Serviço de Urgência, Unidade de Cuidados Intensivos e um serviço opcional pelo que escolhi a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos.

Os mesmos realizaram-se num Hospital do sector privado da Área Metropolitana de Lisboa. Este hospital, encontra-se inserido num grupo de saúde que conta com 31 unidades hospitalares, clínicas e hospitais, presentes em 21 municípios. A sua atividade assenta num conjunto de princípios e valores que promovem o respeito pela dignidade humana e bem-estar da pessoa, desenvolvimento humano, competência, inovação e integridade, cujo principal objetivo é responder às necessidades de cada pessoa e cada família, em todas as fases de vida.⁽³⁷⁾

III.1. Atendimento Permanente de Adultos (APA)

Este estágio decorreu no período de 5 de Dezembro de 2023 a 24 de Fevereiro de 2024.

O APA é um serviço *“aberto ao público 24 horas por dia, incluindo fins de semana e feriados, que visa promover cuidados de saúde, designadamente consultas médicas, em situação não programada, não emergentes ou urgentes, ainda que porventura agudas”*.^(38:15)

O APA, onde foi realizado o estágio, é um serviço que funciona durante todo o ano, vinte e quatro horas por dia, e recebe pessoas em situação de doença aguda e/ou crónica agudizada do foro médico, cirúrgico e trauma.

O modo de gestão de prioridades para o atendimento médico é realizado segundo a triagem de Manchester executada por enfermeiros com formação prévia e reconhecida pelo Grupo Português de triagem de Manchester.

O circuito do doente inicia-se na triagem com identificação da gravidade clínica, através da atribuição da pulseira na triagem (Azul, Verde, Amarela, Laranja ou Vermelha). De acordo com a avaliação feita pelo enfermeiro, o doente pode ser encaminhado para um de três circuitos possíveis: sala de reanimação, no caso de situação emergente, maca ou cadeirão no serviço ambulatorio ou sala de espera.

O serviço de ambulatorio é constituído por 8 unidades individuais de observação, para doentes com maior nível de dependência e gravidade clínica, a necessitar de vigilância hemodinâmica e 8 cadeirões onde são realizados tratamentos farmacológicos e colheitas de produtos biológicos. Estas instalações estão inseridas numa sala em “*open space*” com uma ilha central onde os profissionais de saúde realizam os registos clínicos informáticos e preparam medicação.

As áreas de especialidade médicas não se encontram, fisicamente, presentes no serviço. Existe uma escala semanal com a identificação e o contato telefónico do médico a chamar em caso de necessidade. Quando este contato é estabelecido, existe um tempo máximo de 30 minutos para comparência do profissional no APA.

A equipa de enfermagem é constituída por 24 elementos. É caracterizada por ser uma equipa jovem e dinâmica com elementos diferenciadores e de referência que possuem cursos de especialidade nas áreas de EMC da PSC e em Enfermagem de Reabilitação.

III.2. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP)

Este estágio decorreu no período de 5 de Março a 10 de Maio de 2024.

As Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) são unidades onde se prestam cuidados ao doente crítico, ou seja, a todos os doentes cuja vida se encontra ameaçada por disfunção ou falência de um ou mais órgãos ou sistemas e que necessite, para sobreviver, de meios

avancados de monitorização e terapêutica.⁽⁴⁰⁾ A realização da prática clínica nestas unidades é de elevada complexidade o que exige profissionais qualificados e diferenciados.

A UCIP, onde foi realizado o estágio, divide-se em duas unidades funcionais distintas, a UCIP, propriamente dita, e a Unidade de Vigilância Intensiva (UVI) que se encontra fisicamente num outro piso do hospital mas partilha a mesma equipa médica e de enfermagem da UCIP.

A equipa de enfermagem é constituída por 42 elementos. É caracterizada por ser uma equipa experiente e diferenciada onde a média de idades situa-se nos 45 anos. Tem elementos de referência, Enfermeiros Peritos e Especialistas nas áreas de Médico-cirúrgica na Pessoa em Situação Crítica e de Reabilitação que integram as equipas e que acumulam cargos de gestão.

A UCI designa-se de polivalente, uma vez que recebe doentes de várias especialidades médicas e caracteriza-se por ser uma unidade de tipologia nível III. É constituída por equipas multidisciplinares funcionais com presença física de médico intensivista 24 horas por dia. Neste serviço existem meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica e estão implementadas medidas de controlo contínuo de qualidade e programas de formação e treino em cuidados intensivos.⁽⁴⁰⁾

É uma unidade com um total de 14 camas inseridas em unidades funcionais individuais. Destas 14 camas, 4 encontram-se em “*open space*” separadas fisicamente com cortinas, 3 em quartos de dupla câmara e as restantes 7 em quartos com porta de encerramento elétrica, das quais 4 têm função de pressão negativa (adaptações realizadas durante a Pandemia de Covid-19).

Os doentes que dão entrada na UCIP provêm do APA, Bloco Operatório (BO), dos serviços de internamento por agravamento do quadro clínico e por transferência inter-hospitalar.

O rácio de Enfermeiro/Doente instituído tem por base o regulamento nº 743/2019 - Norma para Cálculo de dotações seguras para os cuidados de enfermagem publicado em Diário da República Nº 184/2019, série II de 2019-09-25 sendo de 1 Enfermeiro para 1 Doente.⁽⁴¹⁾

Devido a questões que se prendem com gestão de recursos humanos e institucionais, estes rácios são readaptados para 1 Enfermeiro para 2 doentes.

A UVI é equiparada a uma unidade de cuidados intensivos nível I. É uma unidade que visa a monitorização, normalmente não invasiva, com capacidade de assegurar manobras de reanimação tendo articulação, sempre que necessário, com unidades de nível superior como é o caso da UCIP. A resposta médica desta unidade, é partilhada com a UCIP, a qual está de chamada 24 horas por dia,⁽⁴⁰⁾

É uma unidade constituída por 9 camas dispostas por 4 quartos duplos e 1 quarto individual. Dão entrada na UVI doentes vindos do APA, BO, dos serviços de internamento do hospital sempre que se verifique agravamento do quadro clínico e do serviço de exames especiais como a Hemodinâmica.

O rácio de Enfermeiro/Doente instituído, à semelhança da UCIP, tem por base o regulamento nº743/2019 - Norma para Cálculo de dotações seguras para os cuidados de enfermagem publicado em Diário da República Nº 184/2019, série II de 2019-09-25 sendo de 1 Enfermeiro para 3 Doentes.⁽⁴¹⁾

III.3 Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA)

Este estágio decorreu no período de 13 de Maio a 24 de Julho de 2024.

A UCPA é uma unidade clínica hospitalar onde é feita a vigilância e monitorização a doentes, no período imediato, após um ato anestésico e/ou cirúrgico de modo contínuo e ininterrupto até que o doente reúna critérios de alta ou transferência.

É, durante este período, preconizada a monitorização das funções respiratória, cardiovascular, neuromuscular, neurológica e funções vitais (temperatura, frequência cardíaca, pressão arterial, Frequência respiratório e dor), bem como a vigilância das perdas hemáticas, através de drenos, e débito urinário.⁽⁴²⁾ Em média o tempo de recobro é cerca de

60 a 90 minutos salvo exceções de complicações pós cirúrgicas e/ou cirurgias que requerem maior tempo de vigilância.

Encontra-se localizada na área do BO, o que permite um fácil acesso a partir das sala operatórias, de onde provém a totalidade dos doentes e perto da UCIP para uma transferência rápida no caso de deterioração clínica após cirurgia.

É uma unidade de 12 camas distribuídas numa sala em “*Open-space*” separadas fisicamente por cortinados de modo a garantir a privacidade de cada doente.

A equipa de enfermagem da UCPA é constituída por 8 Enfermeiros e encontra-se integrada na equipa do BO. Tem elementos de referência, como é o caso de 2 Enfermeiros Peritos na prestação de cuidados ao doente crítico nas áreas de cuidados intensivos e urgência e 2 Enfermeiros Especialistas em enfermagem Médico cirúrgico na pessoa em situação crítica.

O rácio de Enfermeiro/Doente instituído é estipulado pelo regulamento nº743/2019 - Norma para Cálculo de dotações seguras para os cuidados de enfermagem publicado em Diário da República nº184/2019, série II de 2019-09-25 sendo de 1 Enfermeiro para 3 doentes nas cirurgias ambulatoriais e de 1 Enfermeiro para 2 doentes em cirurgia convencional podendo o mesmo ser ajustado em função da complexidade dos cuidados adequados às necessidades específicas dos doentes.⁽⁴¹⁾

IV. PROJETO DE INTERVENÇÃO

IV.1. Metodologia do Projeto

Este Plano de Intervenção, seguiu a metodologia de projeto que consiste numa investigação centrada num problema identificado e na implementação de procedimentos que lhe deem resposta. Assenta na pesquisa e análise com vista à resolução do problema contribuindo para uma prática baseada na evidência. É composta pelas seguintes etapas: Diagnóstico de Situação, Definição de Objetivos, Planeamento, Execução, Avaliação e Divulgação dos Resultados.⁽⁴³⁾

A prática baseada em evidência (PBE) fundamenta-se na observação e nas metodologias aplicadas em situações da vida real o que facilita a sua rápida implementação no contexto clínico. É assim responsável pela alteração de comportamentos e *guidelines* dos intervenientes sendo promotora de mudança.⁽⁴⁴⁾

A utilização da evidência científica como base de uma práxis é essencial não apenas para a melhoria da qualidade do cuidado em enfermagem, mas também para o avanço da disciplina como um campo de conhecimento rigoroso e dinâmico. Ao desenvolver uma PBE, a enfermagem não só melhora a qualidade do cuidado prestado, mas também reforça seu papel como uma disciplina científica em constante desenvolvimento.

IV.1.1. Diagnóstico de situação

O Diagnóstico de Situação caracteriza-se por ser um processo onde através da observação identificam-se dificuldades, necessidades e situações de risco de um determinado contexto com objetivo de melhorar processos e impulsionar uma melhoria contínua. Para tal, podem ser utilizadas diversas ferramentas que permitem a colheita e análise da informação e possibilitam o diagnóstico.⁽⁴⁵⁾

Nos primeiros dias de contato com os diferentes locais de estágio tive a oportunidade de conhecer a equipa, as rotinas e a estrutura física do serviço. Foram realizadas reuniões, formais, de apresentação, onde estiveram presentes os Enfermeiros Gestores e os Supervisores clínicos dos diferentes campos de estágio. Nestas foram dados a conhecer os meus objetivos do estágio, intenção de desenvolver a temática da Comunicação Eficaz na transição de cuidados - Aplicabilidade da metodologia ISBAR e questionada a existência de necessidades temáticas que pudessem ser, por mim, desenvolvidas.

Pelo contato com a equipa de Enfermagem, apercebi-me que havia dúvidas, diferentes pontos de vista relativamente à temática pondo em causa a sua importância e aplicabilidade. Esta situação criou uma certa inquietude na medida que previa alguma dificuldade em desenvolver o tema proposto e a realização de atividades, mas por outro lado seria pertinente abordar este tema, evidenciando a sua importância à luz da atual evidência.

O diagnóstico de situação foi realizado em duas fases distintas, utilizando dois métodos de colheita de dados diferentes. Os resultados obtidos foram posteriormente partilhados e discutidos com a equipa de enfermagem.

Nas linhas que se seguem será realizada uma breve descrição relativa aos métodos utilizados para realizar o diagnóstico, justificando a sua pertinência, meios utilizados e respetivos resultados.

Numa primeira fase foram realizadas auditorias aos momentos de transição de cuidados com o intuito de entender se a metodologia ISBAR estava a ser aplicada e aferir as maiores dificuldades da sua aplicação.

As auditorias são excelentes ferramentas que permitem, através da observação, verificar a existência ou não de conformidades de acordo com um padrão e/ou critérios pré-estabelecidos. É um modo eficaz de reconhecer bons resultados, ou em alternativa, identificar oportunidades de melhoria tendo sempre como objetivo final o aumento da segurança do doente e das qualidades dos cuidados prestados.⁽¹⁷⁾

As auditorias aos momentos de transição de cuidados, nomeadamente passagens de turno, foram realizadas após autorização por parte do Enfermeiro gestor de cada serviço, através

da observação estruturada, utilizando como ferramenta de avaliação do Instrumento de Auditoria da Norma nº001/2017 da DGS adaptado ao contexto. (Apêndice A)

As auditorias realizaram-se nas primeiras semanas, de cada estágio, e os momentos de transição escolhidos foram as passagens de turno. O quadro que se segue, (Quadro 2), faz um resumo das auditorias realizadas, por campo de estágio, onde é identificado o período temporal, o número de momentos auditados bem como o número de doentes cujas informações, pessoais e clínicas, foram transmitidas.

Realização de Auditorias aos momentos de transição - Passagens de turno		
APA	UCIP	UCPA
Dia 26, 27 e 28 de Janeiro	Dia 18, 20 e 21 de Março	Dia 24, 27 e 31 de Maio
Auditados: 5 momentos de transição	Auditados: 6 momentos de transição	Auditados: 6 momentos de transição
Transmissão de informação de 20 doentes.	Transmissão de informação de 25 doentes.	Transmissão de informação de 30 doentes.

Quadro 2: Realização de Auditorias aos momentos de transição - Passagens de turno

O resultado destas auditorias encontra-se detalhado no Apêndice B. De forma resumida pude aferir que a metodologia ISBAR está enraizada na comunicação de transição de cuidados no APA e na UCPA não se constatando a mesma realidade na UCIP por uma baixa adesão a esta metodologia. As informações transmitidas em maior percentagem são aquelas que dizem respeito a diagnósticos clínicos, técnicas realizadas, medicação instituída e exames complementares de diagnóstico. Porém, informações relacionadas com o doente e suas famílias, identificação do cuidador informal, avaliação de escalas de dependência, hábitos de vida e necessidades individuais, são transmitidas em menor percentagem, notando-se uma preocupação maior destas temáticas por parte da equipa da UCIP.

A maior inconformidade identificada, nas passagens de turno, é o facto de as mesmas serem realizadas em ambientes confusos, ruidosos com interrupções constantes suscetíveis de causar erros na transmissão e recepção de informação bem como no aumento desnecessário do tempo despendido para a realização da transição de cuidados.

Numa segunda fase, com o objetivo de clarificar as reais dificuldades dos enfermeiros na utilização do ISBAR e a baixa adesão a esta metodologia, foram aplicados questionários à equipa de enfermagem.

Os questionários são instrumentos de diagnóstico, listas organizadas de perguntas que visam responder e recolher informação de natureza diversa permitindo uma rápida recolha de informação. São muito utilizados na prática clínica pela fácil aplicabilidade e fácil extração de resultados.⁽⁴³⁾

Foi elaborado um questionário, na plataforma *GoogleForms*, enviado por email a todos os enfermeiros dos serviços onde foram realizados os estágios. O mesmo é constituído por três questões de resposta fechada (Sim/Não) e uma de escolha múltipla (Quadro 3). Para melhor percepção do questionário o mesmo encontra-se em Apêndice C. As questões colocadas foram as seguintes:

Q1: Considera a metodologia ISBAR uma ferramenta eficaz e facilitadora da comunicação durante a transição de cuidados?
Q2: Utiliza a metodologia ISBAR como ferramenta de comunicação durante a transição de cuidados no seu local de trabalho?
Q3: Qual a maior dificuldade na aplicabilidade da metodologia ISBAR durante a comunicação na transição de cuidados?

Quadro 3: Questões do questionário

O quadro que se segue, (Quadro 4), faz referência, por campo de estágio, ao período temporal em que foram enviados os questionários, feita recolha de dados, análise dos mesmos e inferência de conclusões.

Realização e aplicação dos questionários		
APA	UCIP	UCPA
29 de janeiro a 4 de Fevereiro	25 a 31 de Março	17 a 23 de Junho
Total de Enfermeiros N= 24	Total de Enfermeiros N= 42	Total de Enfermeiros N= 90
Inquéritos preenchidos: 20 (Percentagem: 83%)	Inquéritos preenchidos: 18 (Percentagem: 43%)	Inquéritos preenchidos: 35 (Percentagem: 38%)

Quadro 4: Aplicação dos questionários

Os resultados deste questionário encontram-se com maior detalhe no (Apêndice D). No entanto, pude concluir que a maioria dos inquiridos considera o ISBAR facilitador das transmissão de informação durante a transição de cuidados (Questão 1) porém não a utiliza no seu dia a dia (Questão 2). A razão prende-se com a escassez de tempo/esquecimento e a falta de prática, na utilização do ISBAR (Questão 3).

Apesar das muitas respostas aos questionários a métrica definida, de 50% não foi alcançada em dois dos três campos de estágio, nomeadamente UCIP e UCPA. Justifico este resultado pelo atraso no envio dos questionários, aliado à escassez de recursos humanos por elevada carga de trabalho dos profissionais de saúde dos diferentes estágios.

Dos resultados obtidos, pude concluir que a temática: Comunicação Eficaz na transição de cuidados - Aplicabilidade da metodologia ISBAR, carece de um plano de intervenção de melhoria, nomeadamente ao nível da sensibilização da sua importância e aplicabilidade como garantia de segurança para o doente e qualidade dos cuidados de saúde.

Com o intuito de desenvolver um projeto que tivesse expressão transversal foi realizado contato com o Gabinete de Gestão e Segurança do Doente (GGSD), no sentido de sensibilizar para a importância desta temática, permitindo a melhoria da comunicação

eficaz na transição de cuidados, como projeto de estágio tendo tido de imediato uma reação muito positiva e entusiasta.

O *timing* no desenvolvimento deste projeto foi ideal, na medida em que o GGSD tinha acabado de lançar uma campanha de sensibilização, com vista a melhorar a cultura de comunicação eficaz na transição de cuidados no hospital.

Com o intuito de justificar e fundamentar a importância da temática a desenvolver, assente numa evidência científica atual, foi realizada uma pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas, leitura dos protocolos e instruções de trabalho existentes com o intuito de aferir a existência de pontos a carecer de ações de melhoria e delinear estratégias para a sua concretização.

IV.1.2. Definição de Objetivos

O intuito de traçar objetivos, não é mais do que criar linhas orientadoras para os resultados que se pretendem alcançar.⁽⁴³⁾

Após realizado o diagnóstico de situação, em cada contexto, cheguei à conclusão que ambos careciam de projetos de intervenção semelhantes, face aos resultados obtidos e que os objetivos delineados, gerais e específicos, poderiam ser idênticos. Deste modo definiu-se como:

Objetivo geral:

- Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica através da uniformização da comunicação eficaz na transição de cuidados, utilizando a Metodologia ISBAR.

Objetivos Específicos:

- Sensibilizar os profissionais de saúde para a importância da utilização da metodologia ISBAR como ferramenta facilitadora da transmissão de informação durante os momentos de transição de cuidados.

- Realizar atividades que promovam a importância na utilização da metodologia ISBAR, como por exemplo: Ações de formação, Dinâmica de *Role Plays*, Criar cartazes informativos e afixar nas regiões de transferência de doentes, Criar objetos alusivos ao ISBAR de consulta rápida - Tapetes de Rato, Cartões de bolso e Crachás.

IV.1.3. Planeamento

Nesta etapa faz-se uma previsão dos possíveis desenvolvimentos do projeto em função dos objetivos traçados e definem-se as atividades a desenvolver de acordo com um cronograma temporal.⁽⁴³⁾

No sentido de concretizar os objetivos definidos, nomeadamente os específicos, foi proposto um planeamento de atividades. Deste modo, foi elaborado um cronograma com objetivo de estruturar a realização das atividades. Contudo, em virtude de algumas circunstâncias pessoais e profissionais, o planeamento inicial teve de ser ajustado. O quadro que se segue, (Quadro 5), faz referência ao cronograma que espelha a concretização das atividades por serviço e por ordem cronológica.

Atividades	2023	2024						
	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho
	APA			UCIP		UCPA		
Ação de Formação								
Dinâmica RolePlay								
Info Cartazes								
Tapetes de Rato								
Panfletos								
Cartões de Bolso								
Distribuição Crachás								
Legenda:			Atividade Realizada			Atividade Não Realizada		

Quadro 5: Cronograma de atividades previstas e realizadas

IV.1.4. Execução e avaliação das atividades

As atividades propostas foram adaptadas aos contextos de estágio tendo em conta as características físicas e humanas de cada um. De um modo geral a receptividade ao desenvolvimento do tema foi muito positiva. No entanto, existiram momentos em que a disponibilidade e abertura para participar em algumas atividades propostas foi diminuta, pelo que acabaram por não se realizar. Foi exemplo, a realização de *Role-play* que tinha como intuito praticar a aplicação da metodologia ISBAR, durante um momento de transição fictício, criando dificuldades semelhantes às vividas em contexto real. Esta daria oportunidade aos enfermeiros de terem um momento formativo permitindo expor dúvidas e expressar opiniões através da partilha de experiências.

No APA foi comunicado, pelo Enfermeiro Gestor, a necessidade de criar uma folha de passagem de turno segundo a metodologia ISBAR de modo a substituir a que se encontrava em vigor. Foi elaborado, um novo impresso, com colaboração do supervisor clínico e da equipa de *marketing* informático tendo em conta as sugestões, previamente dadas, de toda a equipa de enfermagem (Apêndice E). O mesmo foi colocado em uso, logo após a sua elaboração, em formato de modelo experimental tendo sido alvo de mudanças e aperfeiçoamentos.

Outro projeto levado a cabo foi a criação de tapetes de rato para os computadores (Apêndice F) com a impressão da metodologia ISBAR. Este teve como objetivo ser um auxiliar de memória presente em todas as passagens de turno, uma vez que as mesmas são realizadas juntos aos computadores na ilha central do Serviço de Observação (SO).

Ao dia de hoje, tanto a folha de passagem de turno como os tapetes de rato para os computadores encontram-se em utilização e ambas foram consideradas como ações de melhoria significativa no que respeita à facilitação da aplicação da metodologia ISBAR.

A UCIP foi o serviço que mais dificuldade teve em aceitar a metodologia ISBAR como técnica facilitadora de comunicação durante a transição de cuidados. Apesar de partilhados os resultados obtidos no diagnóstico de situação e realizadas intervenções de sensibilização, junto dos pares, com o intuito de mostrar a importância da aplicação desta metodologia justificada com evidência atual, os resultados não foram os esperados.

Para colmatar esta situação, e com o objetivo de reforçar a importância desta temática, foi criado um panfleto exclusivo para este serviço (Apêndice G). O mesmo, para além de servir como um auxiliar de memória à metodologia ISBAR, mostrava estatísticas reais e atuais das auditorias realizadas aos momentos de transição, na instituição, relativas à ocorrência de eventos adversos relacionados com a comunicação ineficaz entre profissionais de saúde. Justifica-se esta ação pela sensibilização da importância de adotar estratégias que visam diminuir comportamentos que colocam a segurança do doente em risco. Teve, apesar da pouca importância atribuída ao tema, boas críticas pela equipa de enfermagem.

A UCPA caracteriza-se por ser um serviço com grande rotatividade de doentes e presença constante de profissionais de saúde provenientes dos diferentes serviços do hospital. Estas particularidades, aliadas a uma equipa jovem motivada para participar em novos projetos, faz com que seja o contexto ideal para o desenvolvimento de atividades que visam a aquisição de boas práticas direcionadas à segurança do doente.

A proposta de elaboração de cartazes informativos (Apêndice H) e a sua colocação nas zonas de transferência de doentes, como é o caso do transfer do BO para o Recobro e do Recobro para outros serviços do hospital, teve vários elogios quer pela equipa de Enfermagem e equipa clínica. Foi referido como sendo uma mais valia e uma, passo a citar, “lufada de conhecimento novo” para o serviço.

Houve por diversas vezes elogios aos cartazes afixados, feitos por profissionais de outros serviços, fazendo referência à necessidade e à importância de também os terem nos seus serviços. Foi uma oportunidade fantástica para alargar a partilha a outros profissionais, de outros serviços, na divulgação da importância da aplicabilidade da metodologia ISBAR.

Uma atividade proposta desde o início foi a realização de uma ação de formação direcionada aos profissionais dos diferentes campos de estágio. A mesma não chegou a acontecer por dificuldade de articulação com as equipas e escassez de tempo.

No entanto, o GGSD fez uma proposta, para a realização de uma ação de formação sobre a “Comunicação Eficaz na transição de cuidados: Aplicação da metodologia ISBAR”, na reunião mensal de Maio aos elos do GGSD que foi alargada, posteriormente, a outros profissionais do hospital (Apêndice I, J).

Apesar da baixa adesão, contou com onze enfermeiros de diferentes serviços e foi uma mais valia na estratégia de sensibilização para a importância da utilização do ISBAR. A avaliação dos presentes, relativamente à ação de formação e pertinência da sua realização foi muito positiva e contou com uma participação ativa de todos os elementos.

Através da partilha de experiências foram dadas sugestões, sobre o interesse de ser criado um cartão, de fácil transporte e acesso à metodologia ISBAR. Este cartão seria colocado junto do cartão de identificação da instituição ou no bolso da farda.

Foram criados dois protótipos que seriam colocados junto do cartão de identificação onde constava a mnemónica ISBAR bem como algumas informações estatísticas, de sensibilização, sobre a ocorrência de eventos adversos derivados de comunicação ineficaz (Apêndice L). Por terem um tamanho inadequado (demasiado grande) e por não possuírem uma fixação prática e confortável, para o desempenho das funções diárias, acabaram por não serem produzidos e distribuídos aos profissionais. Idealizou-se, deste modo, a elaboração de um crachá que tivesse informação sobre a mnemónica ISBAR de fácil acesso e memorização (Apêndice M). Esta ideia, sim, teve grande sucesso! Foram impressos, em grande número, crachás e distribuídos não só nos serviços onde decorreram os estágios bem como entregues ao GGSD para distribuição hospitalar.

O projeto de intervenção realizado, durante o tempo de estágio, teve como principal objetivo a sensibilização das diferentes equipas de enfermagem para a importância da utilização de técnicas de comunicação padronizadas durante a transição de cuidados que visam a prestação de cuidados em segurança e com qualidade.

Apesar de uma abordagem estruturada e fundamentada na evidência, a adesão à metodologia enfrentou desafios significativos, principalmente devido à perceção de que o tema era de menor interesse para os profissionais envolvidos.

A principal dificuldade encontrada foi a resistência das equipas de enfermagem, que, predominantemente orientadas para diagnósticos clínicos e execução de técnicas de grande complexidade, frequentemente subestimam a importância de aspetos como a comunicação nos cuidados de saúde. Este facto é justificado pelo predomínio do modelo biomédico nos cuidados de saúde.

No entanto, é crucial reconhecer que a comunicação é um pilar fundamental na segurança do doente. A metodologia ISBAR, proporciona uma estrutura clara e concisa para a transmissão de informações, minimiza erros derivados da comunicação promovendo ambientes mais seguros e eficientes nos cuidados de saúde.

O enfermeiro especialista desempenha um papel fundamental na implementação de projetos de intervenção, voltados para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde. Dotado de competências e conhecimentos específicos, este profissional encontra-se capacitado para liderar e dirigir projetos que integram aspetos clínicos, organizacionais e de gestão, sempre com foco na otimização dos processos e na segurança do paciente.

V. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS E DE MESTRE

O capítulo que se segue pretende descrever o processo de desenvolvimento e aquisição de competências de EEEMC, comuns e específicas, relacionando-as com as competências de Mestre. Esta será realizada através da descrição das atividades, estratégias e reflexões realizadas durante os diferentes estágios.

A realização de um curso de Mestrado em EMC, não só confere o título de Mestre ao enfermeiro como promove a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos focados no cuidar da pessoa durante todo o seu ciclo de vida.⁽⁴⁶⁾

Este nível de formação pressupõe uma prática reflexiva, baseada em factos e fundamentada pela evidência que permite aquisição de competências clínicas, na prática de cuidados especializados, na área específica de EMC⁽⁴³⁾, tal como preconiza o Regulamento nº429/2018⁽⁴⁷⁾.

Os cuidados de saúde e, consequentemente, os cuidados de enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, fundamentais para o desenvolvimento de competências interdisciplinares, de forma a garantir uma prestação de cuidados segura e de qualidade.⁽⁴⁸⁾

De modo a acompanhar estas exigências foi necessário criar o título de Enfermeiro Especialista (EE) que se diferencia do Enfermeiro de cuidados gerais por possuir um conjunto de competências e conhecimentos diferenciadores. Assim, define-se EE como sendo aquele a quem se reconhece competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados especializados na área de especialização que lhe é atribuída.⁽⁴⁸⁾

Outro aspeto importante da existência de especialistas, na profissão de Enfermagem, é a validação do crescimento do grupo profissional conferindo-lhe maior valor e autonomia no exercício da sua atividade.⁽⁴⁹⁾

Estes profissionais tornam-se, importantes referências, no processo do cuidar, uma vez que se tornam importantes agentes de tomada de decisão colaborando, diretamente, com equipas multidisciplinares refletindo qualidade e segurança na prestação de cuidados.⁽⁴⁹⁾

O estatuto da OE atribui o título de enfermeiro especialista em seis áreas de especialização distintas: Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Enfermagem de reabilitação, Enfermagem Médico Cirúrgica e por fim Enfermagem Comunitária. Todas se encontram devidamente regulamentadas em Diário da República pelo Regulamento nº140-2019.⁽⁴⁸⁾

No contexto da especialidade em EMC, o Enfermeiro deverá ser reconhecido como o profissional de referência no cuidado da pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrentes de doença aguda ou crônica. Na especialidade de EMC à pessoa em situação crítica objectivam-se cuidados de enfermagem “... *altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas permitindo manter funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua total recuperação*”.^(50:3)

A competência pode ser entendida como “*um saber agir responsável, eficaz e reconhecido de uma pessoa perante uma situação, num determinado contexto profissional, sujeito a um sistema de avaliação*”.^(51:2) No âmbito da profissão de Enfermagem, competência é definida como uma característica individual (conhecimentos, aptidões e atitudes) que permite ao Enfermeiro exercer a sua atividade autonomamente aperfeiçoando e adaptando a sua prática a ambientes caracterizados por rápidas e constantes mudanças.⁽⁵²⁾

A experiência possibilitada pelo contato, dos diferentes campos de estágio, permitiu um confronto de experiências e de realidades distintas, promoveu oportunidades de observação e intervenção que foram fundamentais para o desenvolvimento e aquisição de competências especializadas, comuns e específicas, que se encontram definidas no Regulamento de Competências de Cuidados Especializados da Ordem dos Enfermeiros.⁽⁵⁰⁾

V.I. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

As competências comuns do EE, tal como o nome indica, são comuns a todos os especialistas, independente da sua área de especialidade. Estas são demonstradas na prática profissional especializada pela capacidade de planeamento, gestão e supervisão dos cuidados, bem como, um suporte fundamental nas áreas de formação, investigação e assessoria.⁽⁴⁸⁾

Estas competências decorrem do aprofundamento dos domínios de competência do enfermeiro de cuidados gerais e assentam em quatro domínios, segundo o Regulamento nº140/2019 de 6 de Fevereiro.⁽⁴⁸⁾ São os seguintes: **A)** Responsabilidade profissional, ética e legal); **B)** Melhoria contínua da qualidade); **C)** Gestão dos cuidados; **D)** Desenvolvimento das aprendizagens.

Para melhor entender as competências comuns especializadas e as competências de mestres desenvolvidas, no decorrer dos estágios, será apresentado no início de cada sub-capítulo referente aos quatro domínios de competência comuns, um quadro descritivo das unidades de competência desenvolvidas assim como as competências de mestre adquiridas. (Quadro 6, 7, 8 e 9)

V.1.1. Competência no domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal

Unidades de competência desenvolvidas

A1: Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;⁽⁴⁸⁾

A2: Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.⁽⁴⁸⁾

Competência de Mestre: integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem.⁽⁴⁶⁾

Quadro 6: Unidades de competência comuns a) e de Mestre desenvolvidas

No exercício da profissão de enfermagem, o enfermeiro tem de ter sempre presente uma conduta responsável e uma prática profissional assente num conjunto de princípios éticos, e legais que assentam no respeito pelos direitos e interesses da pessoa.⁽⁵³⁾

Durante a minha prática profissional, os cuidados prestados ao doente e à sua família, tiveram sempre presente o respeito pela dignidade, autonomia, privacidade, crenças e valores da pessoa humana. Em contexto de estágio a minha conduta não se alterou. Desta forma o doente e a sua família foram, sempre que possível, incluídos nos cuidados promovendo a sua participação no processo de tomada de decisão. Importante referir, que estas decisões foram sempre de livre escolha e previamente esclarecidas como definido na Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina.⁽⁵⁴⁾

Diariamente, nos mais variados contextos da saúde, surgem situações que devido à sua complexidade levantam questões e problemas éticos por colocarem em risco a vida e a dignidade dos doentes. Nos contextos, de prestação de cuidados ao doente crítico, surgem com maior frequência e os profissionais devem estar preparados para estas situações. No entanto não basta reconhecer esta necessidade, é igualmente necessária formação ética dos profissionais de saúde permitindo o desenvolvimento de conhecimentos intelectuais, propósitos morais e o cultivo de virtudes necessárias ao exercício da sua profissão.

Foi importante, os diferentes supervisores clínicos possuírem o grau de Mestre de EEMC na PCS, o que possibilitou a reflexão e a tomada de decisão conjunta, permitindo avaliar as situações à luz dos princípios éticos, como a beneficência (agir em benefício do doente), a não maleficência (evitar causar dano), a justiça (assegurar que os cuidados sejam equitativos) e o respeito à autonomia (garantir que o doente tenha o direito de tomar decisões sobre sua própria saúde).

V.1.2. Competência no domínio da melhoria contínua da qualidade

Unidades de competência desenvolvidas

B1: Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;⁽⁴⁸⁾

B2: Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;⁽⁴⁸⁾

B3: Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.⁽⁴⁸⁾

Competência de Mestre: Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.⁽⁴⁶⁾

Quadro 7: Unidades de competência comuns b) e de Mestre desenvolvidas

A DGS, através do DQS, tem como objetivo promover, desenvolver, implementar, coordenar e avaliar instrumentos de desenvolvimento, bem como criar atividades e programas que visam a segurança do doente e a melhoria contínua da qualidade clínica e organizacional nas instituições de saúde.⁽¹⁷⁾

A criação e o desenvolvimento de atividades, com intuito regulador da atividade, como é o caso das normas, protocolos e orientações é fundamental para melhorar a qualidade na prestação de cuidados de saúde nas diversas áreas de intervenção (cuidados de saúde primários, hospitalares, paliativos e domiciliários). Estas criam linhas orientadoras de boas práticas, baseadas em evidência e factos, e padronizam comportamentos minimizando riscos associados à prática. A existência de profissionais diferenciados que colaboram na elaboração destes documentos é fundamental, e o EE deve ter um papel central nesta matéria.

Neste sentido e para o desenvolvimento desta competência foram realizadas, durante o estágio, uma série de atividades que visam a melhoria contínua da qualidade.

Foi possível participar em várias ações de formação nos diferentes serviços, ministrados por enfermeiros e outros profissionais de saúde, onde foram abordadas várias temáticas de interesse para o serviço e instituição, tais como: Importância das Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI) na prestação de cuidados; Modos de ventilação mecânica invasiva; Ventilador de transporte Oxylog® VE300 (adquirido recentemente no APA) e Máquina de diálise Dialog® iQ da Bbraun (adquirida recentemente na UCIP).

Os supervisores clínicos foram elementos de referência, entre outros, e o facto de os acompanhar na prestação de cuidados diários possibilitou momentos de aprendizagem e partilha de experiências fundamentais para o meu crescimento pessoal e profissional.

A leitura e a consulta de protocolos aprovados pela instituição, assentes em evidência, normas e *guidelines* nacionais e internacionais, não só foi uma importante fonte de conhecimento como um importante orientador para a realização de práticas de qualidade.

No decorrer dos diferentes campos de estágio, foram identificadas dificuldades inerentes à comunicação eficaz na transição de cuidados. Este facto, facilitou a implementação e divulgação do meu projeto de estágio com a temática “Comunicação eficaz na prestação de cuidados ao doente crítico - Aplicação da metodologia ISBAR”, detalhado no capítulo III.

A sua realização não só pretende o cumprimento de objetivos de estágio “Realizar diagnóstico de situação” e “Contribuir para a melhoria da qualidade cuidados prestados à pessoa em situação crítica através da uniformização da comunicação eficaz na transição de cuidados, utilizando a Metodologia ISBAR” como foi alvo de reconhecimento, por parte da instituição e pelos demais profissionais, e identificado como uma mais valia na promoção contínua da qualidade.

V.1.3 Competência do domínio da gestão de cuidados

Unidades de competência desenvolvidas

C1: Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;⁽⁴⁸⁾

C2: Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.⁽⁴⁸⁾

Competência de Mestre: Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo.⁽⁴⁶⁾

Quadro 8: Unidades de competência comuns c) e de Mestre desenvolvidas

Na prestação de cuidados ao doente crítico, a gestão dos cuidados é uma competência essencial, na prática especializada de enfermagem, que certifica a otimização de resultados da equipa bem como a eficiente articulação com a demais equipa multidisciplinar.

Nos diferentes contextos de estágio existe, em todos os turnos, a figura de enfermeiro responsável de turno. Este profissional é um elemento de referência para os demais e é aquele que gere, durante o turno, os recursos humanos e materiais, a articulação com os diferentes profissionais e serviços e ainda desempenha funções burocráticas institucionais. Tive oportunidade de acompanhar, durante 2 turnos em cada campo de estágio, este profissional no cumprimento das suas funções. Teve especial impacto na minha percepção, do que é gerir um serviço em todas estas vertentes e, se necessário, ainda dispor de tempo para ajudar colegas na prestação de cuidados. Este elemento é um líder, e como tal dinamiza o trabalho em equipa potenciando o trabalho dos seus membros através do incentivo e da valorização.

Também foi possível acompanhar os enfermeiros gestores, de cada contexto de trabalho, num dia de jornada laboral. A observação e a capacidade de reflexão são elementos importantes na aquisição de conhecimentos e competências. Assim, observar processos de liderança e tomada de decisão bem como técnicas de gestão para o pedido e obtenção de dispositivos médicos e consumíveis foi fundamental para a minha formação.

Geralmente nos serviços onde se prestam cuidados ao doente crítico, seja num Serviço de Urgência, numa Unidade de Cuidados Intensivos ou em contexto pré-hospitalar, existem sempre situações complexas onde impera a incerteza, confusão e agitação.

Prestar cuidados de saúde seguros e de qualidade nestes contextos significa, ter um vasto leque de conhecimentos e competências teórico-práticas como capacidade de gerir tempo, recursos e prioridades. Como diz o ditado “o tempo é precioso” e nestes momentos é sagrado. Ter tempo e capacidade de priorizar, o que é importante, é fundamental.

A minha experiência profissional permite-me a consciência da imprevisibilidade. Deste modo assumir a prestação de cuidados de doentes do APA, UCIP e UCPA em momentos críticos de grande agitação e stress, só veio aumentar a minha convicção de que é essencial fazer uma boa gestão do nosso trabalho e do nosso tempo para obtermos resultados positivos para o doente e para os profissionais de saúde.

O desperdício de material consumível e farmacológico é uma realidade dos serviços de saúde em Portugal.⁽⁵⁶⁾ Os recursos materiais, apesar de estarem ao nosso alcance são limitados, com custos para o erário público. Fazer estágio numa instituição privada permite uma maior consciencialização do real valor dos bens utilizados, sejam materiais e/ou farmacológicos, uma vez que quando consumidos são diretamente faturados ao doente. Neste sentido, ter presente o valor dos mesmos, faz com que tenhamos maior cuidado no critério da sua seleção evitando gastos excessivos e desperdícios desnecessários.

V.1.4. Competência do domínio do desenvolvimento das aprendizagens

Unidades de competência desenvolvidas

D1: Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.⁽⁴⁸⁾

D2: Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.⁽⁴⁸⁾

Competência de Mestre: Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo.⁽⁴⁶⁾

Quadro 9: Unidades de competência comuns d) e de Mestre desenvolvidas

A prestação de cuidados especializados ao doente crítico, independentemente do contexto, exige por parte do profissional de saúde um leque de conhecimentos teóricos e práticos que permitam dar uma resposta eficaz, em tempo útil.

É fundamental uma procura contínua por conhecimento atual com evidência e validade científica, por parte do enfermeiro, para o desempenho das suas funções nestes contextos que permita uma tomada de decisão fundamentada, minimizando riscos e otimizando resultados para o doente.

Foram diversas as vezes em que houve uma preocupação e necessidade de atualização dos meus conhecimentos durante os diferentes contextos de estágio. Sem isso, ainda que com experiência profissional na área do doente crítico, não teria conseguido dar resposta às exigências sentidas.

Dei conta de inúmeras alterações de normas e protocolos, existência de novos fármacos e novas abordagens tecnológicas ao serviço da saúde. Neste sentido foi aprender de novo. Mas a necessidade e o querer saber fazer, superaram as dificuldades sentidas.

Apesar da complexidade e da exigência que definem a prestação de cuidados ao doente crítico, em todos os contextos de estágio, o cuidado pela pessoa e sua família foi notória. A humanização dos cuidados ao doente, o respeito pela sua intimidade, pelas suas vontades e a participação da família nas decisões e cuidados são uma realidade.

Outra característica fundamental da qual o enfermeiro especialista deve ser detentor é a assertividade. É importante que o mesmo, consiga perante a equipa exprimir as suas opiniões e preocupações de maneira clara e direta, garantindo a validade das suas contribuições. Foram diversas as vezes que, os meus supervisores clínicos, perguntaram a minha opinião sobre determinadas matérias e que de acordo com a minha experiência profissional consegui, não só transmiti-las, como fundamentá-las com evidência e factos.

A assertividade, aliada à empatia, evita confrontos e mal-entendidos, promove uma comunicação eficaz e uma atmosfera colaborativa no ambiente hospitalar.

A empatia, envolve a compreensão de reações emocionais e sentimentos do doente, pelo que é imperativo a capacidade do enfermeiro se colocar no lugar do doente e/ou sentir empatia através de experiência emocional semelhante.⁽⁵⁶⁾

O doente crítico, enfrenta uma condição de doença grave e muitas vezes não consegue comunicar de forma adequada. Este facto é inquietante e gerador de angústia, na medida que não consegue exprimir sentimentos e emoções indicativos do seu sofrimento. Além do doente, existe a família que fica desamparada face ao sofrimento do seu ente querido e com medo de o perder. É esperado pelo enfermeiro generalista e exigido ao enfermeiro especialista, que nestes momentos de maior complexidade, a sua atuação se fundamente na empatia onde, o profissional, deve entender as necessidades do doente para além dos sintomas clínicos e alarmes de monitores, oferecendo um cuidado humanizado e personalizado.

A passagem pela UCIP teve momentos que permitiram desenvolver, não só a minha comunicação com os doentes e as suas famílias, mas prestar cuidados especializados em situações de maior intensidade emocional e geradora de angústia. O facto de ter passado por momentos críticos no passado, em contexto profissional, foi facilitador para gerir emoções e sentimentos e conseguir atuar de forma eficaz.

Entender o que o doente nos quer comunicar, sem o conseguir, não é fácil e exige experiência e paciência. Mas é possível! Foi pela troca de olhares, pelo toque, pelo bater nas grades da cama que muitas vezes entendi que havia qualquer coisa que podia fazer para confortar. Para os familiares, que vivenciam estes momentos de internamento e de doença, a empatia demonstrada pelos profissionais de saúde, nos momentos de contato, como é o caso do período de visitas, ajuda a reduzir níveis de ansiedade e de angústia oferecendo suporte emocional, tão valioso, no meio de tanta incerteza.

V.2. Competências do Enfermeiro Especialista na Área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica da Pessoa em Situação Crítica

A PSC é definida é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de uma ou mais funções vitais e onde a sua sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.⁽⁵⁰⁾

Os cuidados especializados de enfermagem, prestados à pessoa em situação crítica, são caracterizados por serem diferenciados e altamente qualificados, executados de forma contínua de modo a manter as funções vitais, prevenir complicações e incapacidades com o objetivo, final, de uma total recuperação.⁽⁵⁰⁾

De modo a regulamentar a atuação do EE prestador de cuidados diferenciados e de excelência à pessoa em situação crítica e sua família, foram aprovadas e publicadas as competências do EE em médico-cirúrgica na área de EEPSC, dispostas no artigo 3º do Regulamento 429/2018 da 2ª série do Diário da República de 16 de julho de 2018.⁽⁴⁷⁾ Neste encontram-se identificados três domínios de competência: **1)** Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; **2)** Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; **3)** Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Nas linhas que se seguem será feita uma correspondência no processo de aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista na pessoa em situação crítica, nos diferentes campos de estágio, através da descrição de experiências, partilhas e reflexões.

Para melhor entender as competências específicas, da área de especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica da Pessoa em Situação Crítica e as competências de mestres desenvolvidas, no decorrer dos estágios, será apresentado no início de cada sub-capítulo referente aos três domínios de competência especializadas, um quadro descritivo das unidades de competência desenvolvidas assim como as competências de mestre adquiridas. (Quadro 10, 11 e 12)

V.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

Unidades de competência desenvolvidas

1.1: Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.⁽⁴⁷⁾

1.2: Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos.⁽⁴⁷⁾

1.3: Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas.⁽⁴⁷⁾

1.4: Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.⁽⁴⁷⁾

1.5: Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica.⁽⁴⁷⁾

Competência de Mestre: Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo.⁽⁴⁶⁾

Quadro 10: Unidades de competência específica 1) e de Mestre desenvolvidas

As experiências vivenciadas e as oportunidades de desenvolvimento de competências específicas, a este domínio de competência, foram em cada contexto de estágio muito diferentes e distintas. Por esta razão a descrição do processo de aquisição de competências será realizada por campo de estágio.

- **Atendimento Permanente de Adultos (APA)**

No decorrer do tempo que estive como estudante no APA foram poucas as oportunidades de prestar cuidados ao doente crítico. No entanto, os dois doentes por quem assumi responsabilidade na prestação de cuidados com os diagnósticos de Choque Anafilático com edema da glote e Insuficiência Respiratória Aguda em contexto de pneumonia, foram os momentos onde tive oportunidade de demonstrar competências no domínio desta área. Com experiência profissional, no contexto de sala de reanimação, a antecipação, identificação de focos de instabilidade despoletou respostas imediatas e eficazes às alterações detetadas.

Apesar deste constrangimento, o mesmo serviu de oportunidade para desenvolver outras competências, igualmente importantes, como é exemplo a relação terapêutica estabelecida através de uma comunicação interpessoal com a pessoa, família/cuidador perante situações de maior complexidade. Ajudar a gerir sentimentos, como a ansiedade e o medo, vividos pelo doente e pela sua família é fundamental. Mostrar disponibilidade para esclarecer dúvidas, para acompanhar, para estar presente é tão importante e pode ser tão reconfortante para estas pessoas que se encontram a passar por um momento delicado.

Serviu como oportunidade de reflexão uma situação específica de um familiar idoso que se encontrava a acompanhar a sua mulher, por quadro de prostração súbita, de quem era cuidador formal.

Na agitação habitual de um cenário de emergência, durante a prestação de cuidados, apercebi-me que o acompanhante estava a chorar e um pouco desorientado. Após avaliação inicial à doente, e enquanto a mesma tinha ido fazer exames complementares de diagnósticos, fui falar com o senhor com o intuito de o acalmar, esclarecer eventuais dúvidas e tentar averiguar de que maneira o poderia ajudar. Não falou muito comigo, mas o

facto de eu ter explicado os procedimentos que estavam a ser realizados e o porquê dos mesmos foi o suficiente para ficar mais tranquilo e conseguir estabelecer contato com os filhos que posteriormente acabaram por lhe fazer companhia. Estas situações acontecem esporadicamente, e o EE deve estar atento de modo a atenuar o sofrimento de forma humana e empática.

Tive oportunidade de ter formação e manusear equipamentos de última geração, disponíveis para utilização em situações críticas com objetivo de assegurar mais e melhores cuidados de saúde ao doente, como foi o caso de ventiladores portáteis e ecógrafos utilizados na punção venosa. Esta foi uma mais-valia para o meu percurso formativo

- **Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP)**

A UCIP é um local onde o domínio de conhecimentos teóricos aliado a competências técnicas, como a manipulação e manuseamento de equipamentos de tecnologia diversa, é fundamental. É caracterizada por ter profissionais de excelência, com muita experiência e diferenciação.

Embora já tendo trabalhado nesta área, tive necessidade de rever e aprofundar conhecimentos teóricos recorrendo a bibliografia variada bem como os conteúdos programáticos lecionados durante a fase académica do presente mestrado.

Tive a oportunidade de desenvolver a capacidade de análise e interpretação de valores analíticos e hemodinâmicos, fazendo relação com alterações e disfunções clínicas presentes, e utilizar a tecnologia disponível para minimizar e reverter essas situações de instabilidade. Estas capacidades foram fundamentais para a antecipação e previsão atempada de possíveis complicações, assegurando uma intervenção precisa, concreta e eficiente em tempo útil.

A prestação de cuidados especializados, em doentes do foro médico e cirúrgico com diferentes patologias, possibilitou um elevado número de experiências que colaboraram para a aquisição e consolidação de novos conhecimentos e competências. Destacam-se doentes com patologia cardíaca (Enfarte Agudo do Miocárdio, Cirurgia cardíaca), renal

(Insuficiência Renal Aguda com necessidade de Técnicas de Substituição Renal) e neurológica (Acidentes Vasculares Cerebrais, Neurocirurgia diversa).

Um grande número de doentes apresentava suporte vital através de ventilação invasiva e técnicas de substituição renal. Foi muito enriquecedor conhecer os diferentes modos de ventilação e técnicas de substituição renal existentes, a sua adaptabilidade à prática clínica e adequá-los aos diferentes doentes.

A preparação farmacológica e a administração de protocolos terapêuticos, em alguns casos muitos específicos, requer destreza e conhecimento e são essenciais para a realização de técnicas de suporte. Destacam-se os sedativos, hipnóticos, analgésicos, vasoativos e antibióticos.

Durante o estágio foi possível a utilização de todos estes fármacos, muitas vezes em simultâneo por cateterização central, o que redobrou a minha atenção e tempo despendido permitindo evitar qualquer incidente relativo à sua preparação e/ou administração.

A gestão da dor é uma preocupação major, no cuidado do doente crítico, e é tida como uma das principais preocupações de todos os profissionais da UCIP. A existência de protocolos de gestão de dor encontra-se devidamente atualizada. A avaliação da dor no doente crítico é muitas vezes difícil pela incapacidade de verbalização por parte do doente.

Deste modo é muito importante estarmos despidos a alterações fisiológicas e hemodinâmicas que sejam indicadores de presença da dor. Existem mecanismos que permitem a sua avaliação e foram utilizados durante o estágio na UCIP. Destaca-se a aplicação da escala de avaliação da dor, em vigor na UCIP, como é o caso da *Behavioral Pain Scale* (BPS). Deste modo é possível a interpretação da presença ou ausência de dor bem como avaliar a sua intensidade. Este dispositivo é essencial no ajuste das doses farmacológicas de analgesia, utilizando estritamente o necessário, evitando complicações associadas a estes fármacos e à sua utilização por tempos prolongados.

O cuidado e a atenção para com a família dos doentes é uma realidade nesta UCIP. É rotina todas as manhãs, antes dos cuidados de higiene estabelecer contato com o familiar/pessoa de referência de modo a conhecer o estado clínico, possíveis alterações que tenham surgido

bem como a partilha do plano de cuidados estabelecidos para o dia. Durante o período das visitas, estas são acompanhadas, numa fase inicial, por um enfermeiro de modo a clarificar eventuais dúvidas e minimizar preocupações. Uma das situações que causa grande inquietação aos familiares é a incapacidade dos doentes estabelecerem uma comunicação eficaz que apresentem garantias de conforto, melhoria de sintomas e clínicas.

Foi possível por diversas vezes, estabelecer comunicação com estes doentes através da aplicação de estratégias facilitadoras como por exemplo, o recurso à comunicação gestual, utilização de quadros táteis de faces, imagens e letras bem como tecnologias digitais desenvolvidas para o efeito. Necessitei de um período de adaptação, não tendo sido fácil numa fase inicial, mas com a utilização diária tornou-se fácil mostrando-se uma ferramenta fundamental para comunicar eficazmente com os doentes.

O cenário de uma Paragem Cardiorrespiratória (PCR) é caracterizado por ser um momento de grande agitação, confusão e stress. Presenciei duas PCR e numa delas fui membro da equipa de reanimação. A minha função foi a de compressão torácica e alternava, a cada ciclo de 2 min, com a minha supervisora clínica. Percebi a dinâmica da equipa e a importância de estabelecer uma comunicação precisa e assertiva durante os procedimentos. A figura do *team leader* é essencial para garantir o sucesso. Senti necessidade, após os procedimentos, de fazer uma partilha de experiências (*Debriefing*) com a minha supervisora clínica que foi realizada uns dias depois não tendo sido possível no dia da PCR pela confusão e caos que se instalou no serviço. De salientar que o mesmo foi uma mais valia para demonstrar conhecimentos teóricos sobre os procedimentos durante a PCR, partilhar situações e esclarecer dúvidas.

- **Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA)**

A minha passagem por um campo de estágio, na área cirúrgica foi, para mim, uma novidade pois foi a primeira vez, quer como estudante quer como profissional de saúde que prestei cuidados ao doente no pós cirúrgico imediato, numa unidade de recobro. Foi uma oportunidade para aprofundar conhecimento teóricos em diversas áreas de intervenção cirúrgica, bem como das modalidades anestésicas praticadas em função da cirurgia

realizada e adquirir conhecimento dos diferentes protocolos de dor, fármacos utilizados e vias de administração.

Prestei cuidados a doentes cirúrgicos de várias especialidades, entre as quais destaco, Cirurgia geral, Ortopedia, Urologia, Neurocirurgia, Cirurgia Plástica e reconstrutiva, Cirurgia Vascular e Otorrinolaringologia.

Ao dar entrada na UCPA, após ter sido submetido a cirurgia, o doente vem muitas vezes consciente com discurso verbal mantido mas em raras exceções vem ainda sonolento com adjuvantes da via aérea superior e oxigenoterapia. A prioridade máxima é a vigilância hemodinâmica contínua e a deteção precoce de focos de instabilidade para, em tempo útil, podermos agir e reverter estas situações.

A anestesia tem protocolos de gestão de dor que vão da simples administração de um fármaco analgésico a um bloqueio nervo-sensitivo interno. A aquisição de conhecimento teórico sobre cada uma destas técnicas, os sinais e sintomas associados bem como o tempo até ao seu *términus* (no caso dos bloqueios) foram essenciais para detetar alterações e, muitas vezes, esclarecer o doente sobre o porquê das alterações sensitivas e motoras presentes.

A comunicação com a família é feita logo após a alocação e estabilização do doente na sua unidade do recobro. É contactado o familiar de referência, cujo contato telefónico é disponibilizado na admissão cirúrgica, onde são dadas informações breves da cirurgia, tempo de permanência no recobro, local de transferência após recobro e tiradas todas as dúvidas e minimizadas inquietações que possam existir face ao doente e procedimento ao qual acabou de realizar. Fiz inúmeros contatos telefónicos, com a família dos doentes, e em todos eles foi utilizada uma comunicação acessível, transmitindo de forma segura e tranquilizadora todas as informações necessárias tendo na maioria das vezes um agradecimento final pela comunicação efetuada.

V.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da concepção à ação

Unidades de competência desenvolvidas

2.2: Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe;⁽⁴⁷⁾

2.3: Planeia resposta à situação de catástrofe.⁽⁴⁷⁾

Quadro 11: Unidades de competência específica 2) desenvolvida

Durante os três contextos de estágio não foram presenciadas situações de emergência, exceção e catástrofe com necessidade de ativação do Plano de Emergência Interna (PEI) institucional.

No decorrer dos diferentes contextos de ensino clínico, foi possível, juntamente com os diferentes supervisores clínicos, analisar e refletir sobre o PEI onde constam todas as normas e procedimentos a serem realizados, durante uma situação de emergência e/ou catástrofe, com o intuito de minimizar os efeitos e limitar danos humanos, ambientais e materiais. O protocolo de evacuação, que consta no documento, é de fácil acesso e encontra-se bem definido e sinalizado com iluminação e sinalética de segurança junto a plantas de evacuação espalhadas pelos diferentes serviços e corredores do hospital.

Constatei, que nos diferentes serviços os membros das equipas multidisciplinares, enfermeiros, médicos e auxiliares, não sabiam da acessibilidade ao PEI e poucos tinham conhecimento dos protocolos de evacuação.

Surgiu, então, uma oportunidade de intervenção no sentido de sensibilização para a importância do conhecimento do PEI e dos protocolos de evacuação. Deste modo, através do contato informal com vários profissionais (Enfermeiros e Auxiliares) mostrei o acesso *online* ao PEI e em algumas transferências dos doentes, intra-hospitalares, foram consultadas as plantas de emergência dos diferentes pisos e serviços com o objetivo de validar a sua localização e respetiva interpretação.

O presente curso de mestrado preconiza, no plano de estudos, cursos com o objetivo de aquisição de competências na área de prestação de cuidados ao doente crítico em momentos de emergência e catástrofe.

Nos dias 15 e 16 de Maio de 2023 foi realizado um curso teórico prático, nos Bombeiros Sapadores de Lisboa, sobre a aquisição de competências técnico-operacionais no âmbito de Acidentes com matérias perigosas com cenário de evacuação de multivítimas.

Nos dias 17 e 18 de Novembro de 2023 foi realizado um curso teórico prático, no Centro de Formação da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa de Lisboa, o curso avançado de trauma - Internacional. (Anexo 2) Este tinha como objetivo a aquisição de competências no apoio à vítima de trauma em contexto pré-hospitalar, baseado no cumprimento de *guidelines* pré-definidas, que reforçam e uniformizam a atuação perante situações específicas de trauma.

A participação nestas formações foi uma mais valia para a aquisição de conhecimentos e competências nestas áreas validando a importância do cumprimento, escrupuloso, das normas e *guidelines* definidas na atuação de situações reais perante acidentes com matérias perigosas e vítimas de trauma.

V.2.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

Unidades de competência desenvolvidas

3.1: Concebe plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.⁽⁴⁷⁾

Quadro 12: Unidades de competência específica 3)

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) e as resistências aos antimicrobianos têm sido consideradas um problema de saúde pública, implicando um aumento da morbilidade e mortalidade dos doentes internados com maior tempo de internamento e maiores custos hospitalares.^(57,58)

A DGS define as IACS como uma infeção adquirida pelos doentes decorrentes da prestação de cuidados e procedimentos de saúde e que pode, em simultânea, afetar os profissionais durante o exercício da sua atividade.⁽⁵⁸⁾

A instituição hospitalar, onde foram realizados os estágios, dispõe de um gabinete de Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA). Este desenvolve com frequência programas de sensibilização e auditorias internas, no hospital, com o intuito de demonstrar a importância da aquisição de boas práticas na prevenção de IACS, bem como, identificar e avaliar situações que carecem de medidas de revisão de procedimentos de forma a assegurar o controlo da infecção.

As auditorias realizadas, durante o decorrer do estágio, avaliaram o cumprimento das Precauções Básicas do Controlo de Infecção (BPCI) que se encontram descritas na Norma da DGS N°029/2012⁽⁵⁹⁾ que consistiram na correta higienização das mãos; na utilização de etiqueta respiratória e equipamentos de proteção individual; na correta descontaminação dos dispositivos e equipamentos clínicos; no controlo ambiental; no manuseamento seguro da roupa; na recolha segura de resíduos; nas práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e na prevenção de exposição a agentes microbianos no local de trabalho.

Durante as mesmas fui avaliada relativamente aos cuidados que prestei e cumprimento dos protocolos em vigor, nomeadamente da lavagem das mãos e correcta utilização dos equipamentos de proteção individual (EPI), aos quais não foram registados erros na execução dos procedimentos bem como dos conhecimentos associados.

A correta utilização dos EPI permite uma adequada proteção dos profissionais de saúde, dos doentes e das suas famílias. Embora a sinalética do isolamento seja de rápida e fácil interpretação, percebi que muitas vezes os familiares não cumpriam com os EPI exigidos. Durante o período de visitas sensibilizei os familiares sobre a importância do cumprimento

das normas e a utilização correta dos EPI esclarecendo dúvidas e minimizando preocupações.

O cumprimento destas medidas preventivas, é fundamental porque, não só diminui a incidência e prevalência de focos infecciosos garantindo cuidados mais seguros para todos (doentes, profissionais e todos aqueles que entram em contato com os serviços de saúde) como possibilita uma gestão de recursos materiais e humana adequada às necessidades de cada contexto.

Das ações realizadas pela PPCIRA tive oportunidade de assistir a uma ação de formação sobre a importância das PBCI na prestação de cuidados (Anexo 3). Esta foi uma mais valia na consolidação do conhecimento relativo às PBCI e um importante momento de confronto e partilha de experiências.

Durante o estágio consultei os protocolos e normas da PPCIRA aplicados a cada serviço. São de fácil acesso e podem ser consultados em formato papel numa pasta dedicada, exclusivamente ao controlo e prevenção da infeção ou em formato digital na *intranet* do hospital.

Senti necessidade de rever conhecimentos teóricos associados à prevenção de IACS associadas a dispositivos invasivos como os cateteres vasculares centrais, cateter vesical, pneumonia associada à intubação e ferida cirúrgica denominadas de “Feixes de Intervenção” enunciados pela DGS no PPCIRA 2017.⁽⁶⁰⁾ Esta pesquisa foi uma mais valia para a minha prática nos diferentes contextos.

Tive sempre em atenção o cumprimento das normas e protocolos instituídos de desinfeção de cateteres, para administração de fluidoterapia e/ou fármacos, por se apresentarem como um dos principais focos de infeção para os doentes. A identificação da data de colocação, a substituição dos sistemas, a desinfeção com soluto alcoólico antes e depois da sua manipulação, a correta utilização de tampas das torneiras de três vias (simples, unidireccionais - *Bionecteur*, Tampas impregnadas em Clorohexidina), foram exemplos de procedimentos realizados de forma sistemática que visam a prevenção das IACS.

Na UCIP tive contato com doentes conectados a prótese ventilatória. No sentido de minimizar as infecções respiratórias associadas à ventilação foram tidos em conta os protocolos do serviço que têm como base a Norma da DGS N°021/2015 atualizada a 30/05/2017 onde constam “Feixes de Intervenção Para a Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação”.⁽⁶¹⁾ Deste modo foram tidas como intervenções diárias a elevação da cabeceira com ângulo superior ou igual a 30°, verificação da pressão do balão endotraqueal uma vez por turno (20 a 30 cmH20), verificação do nível do tubo endotraqueal em relação à comissura labial, higienização da cavidade oral com Clorohexidina a 0.2% e posterior aspiração da árvore brônquica.

Na UCPA os cuidados a ter com o doente, no pós-operatório, encontram-se igualmente protocolados tendo como base a Norma da DGS N°020/2015 atualizada em 2022 direcionados aos “Feixes de Intervenção” de Prevenção de Infecção do Local Cirúrgico.⁽⁶²⁾ Após a cirurgia, os doentes são transferidos para a UCPA. Durante a sua estadia no serviço são avaliados e monitorizados de forma contínua dos parâmetros vitais com principal destaque, temperatura com *target* superior ou igual a 36°C, da glicemia capilar com *target* Inferior a 180 mg/dl e Oximetria e pulso com *target* superior ou igual a 95% após intubação endotraqueal. Aos doentes, pelos quais assumi responsabilidade dos cuidados, tive sempre em atenção estas intervenções.

Conforme referido anteriormente, foi desenvolvido um trabalho académico de investigação com tema “Intervenções de Enfermagem na Prevenção da Infecção do Trato Urinário - *Scoping Review*” (Apêndice N). A realização deste trabalho teve como objetivo, mapear a intervenção do enfermeiro na prevenção da infeção do trato urinário e quais as consequências na morbilidade e mortalidade, com recurso à evidência científica atual, serviu para aprofundar conhecimentos teóricos que visam melhorar a prática no que respeita à prevenção de IACS, especificamente infeção do trato urinário.

VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste relatório dá por terminado o maior desafio a que me propus, durante a minha vida profissional, e marca profundamente o início de uma nova e longa etapa.

A passagem pelos diferentes campos de estágio foram uma mais-valia para a consolidação e desenvolvimento de competências profissionais e aquisição de competências específicas de enfermeiro especialista no cuidado à pessoa em situação crítica.

Durante meses, compreendi a diferença dos cuidados que são prestados por um profissional que baseia a sua práxis numa evidência científica comprovada e atualizada, desperto a pormenores, que à primeira vista são insignificantes e, que se tornam fundamentais para o desfecho positivo de situações que outrora correriam mal.

O exercício da profissão de enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um conjunto de pessoas (família ou comunidades). Quer o enfermeiro como a pessoa, alvo dos cuidados de enfermagem, são seres únicos com crenças e valores próprios fruto das experiências e dos contextos em que vivem.

A comunicação com a família, em momentos críticos, é descorada e colocada em segundo plano num cenário de doença aguda em contexto hospitalar. Vivenciar situações tão complexas, associada ao risco de vida quer pelo doente quer pela sua família é vivida de uma forma única e particular. O doente muitas vezes sem consciência do que está a acontecer só toma conhecimento e compreensão da sua situação na fase de recuperação. Pelo contrário, a sua família vive diariamente com os avanços e recuos da situação clínica de forma consciente, intensa e emocional.

O acompanhamento e a inclusão da família nestes contextos é fundamental, porque oferece um cuidado mais completo, humanizado e personalizado. Essa participação traz benefícios emocionais e práticos para os doentes, ajuda a preparar a família para decisões difíceis e promove um ambiente de colaboração mútua.

A capacidade de comunicar de forma eficaz para além de ser uma competência específica inerente à área de especialidade Médico-cirúrgica, é também um elemento-chave na prática de cuidados diários, constituindo uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional. É fundamental que os enfermeiros desenvolvam conhecimentos e habilidades que lhes permitam comunicar de forma eficaz e inequívoca.

A comunicação eficaz em saúde é sinónimo de segurança e qualidade na prestação de cuidados. No entanto, o número de eventos adversos, associados a uma comunicação errática entre profissionais de saúde, prevalecem elevados em muitos contextos. A falta de competências comunicacionais, as interrupções constantes, os recursos escassos, o elevado volume de trabalho, a falta de directrizes e de orientações estão entre as principais causas de uma comunicação ineficaz.

A padronização e a uniformização da comunicação entre os profissionais de saúde reduzem riscos e melhoram a continuidade e qualidade dos cuidados prestados aos doentes. A aplicação da metodologia ISBAR, na transição de cuidados promove uma comunicação estruturada, reduzindo o risco de erros, melhorando a continuidade e qualidade dos cuidados.

O enfermeiro especialista tem como obrigação praticar uma enfermagem inovadora e ser promotor de mudança, assegurar conhecimentos altamente especializados que sustentem a capacidade de reflexão, resolução de problemas, investigação bem como contribuir para o conhecimento e desempenho das equipas.

A adequação das intervenções delineadas no projeto de intervenção, elaborado no início do estágio, foi fundamental para entender a sua importância enquanto vector de melhoria contínua, bem como demonstrar que uma prática baseada em factos e evidências científicas enriquecem os enfermeiros de conhecimentos e competências permitindo uma tomada de decisão autónoma e fundamentada.

Pude concluir que esta temática suscita pouco interesse, entre os diferentes profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros. Continuamos a praticar uma enfermagem direccionada à doença, ao diagnóstico e à técnica e esquecemos da essência da nossa

profissão, o alvo dos nossos cuidados que são as pessoas e a importância da comunicação neste processo.

Espero ter dado um contributo positivo e significativo na melhoria dos cuidados prestados, pela sensibilização dos profissionais para a importância da metodologia ISBAR, através das atividades e ações realizadas ao longo do estágio.

Do ponto de vista do percurso da aquisição de competências especializadas a realização de intervenções fundamentadas em evidências proporcionou ganhos significativos da qualidade dos cuidados prestados. As experiências que os diferentes contextos de estágio proporcionaram, aliadas a uma capacidade de análise e reflexão, foram uma mais valia para desenvolver ações com maior autonomia possibilitando uma tomada de decisão consciente e em equipa.

Apesar deste processo, que é caracterizado por ser rico em aprendizagens, experiências e oportunidades, muito se encontra por conhecer e aprender. O processo de aquisição de conhecimento deve ser contínuo sendo mandatório na área da prestação de cuidados em saúde. Justifica-se a anterior afirmação, pela necessidade de estarmos constantemente atualizados, face aos avanços científicos e tecnológicos, e as alterações que os mesmos trazem à prática diária: novas técnicas, novos equipamentos e novas pesquisas que traduzem uma práxis atual e baseada em evidência.

Posso deste modo concluir que todos os objetivos propostos, no início deste relatório, para foram atingidos com sucesso.

VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Direção Geral da Saúde. Norma nº 001/2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde [Internet]. [local desconhecido: editor desconhecido]; 2017 [citado 18 jan 2024]. 8 p. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/02/08/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/>.
2. José H. Resposta Humana ao Humor: Humor como resposta humana. 1ª ed. Loures, Portugal: Lusociência; 2010.
3. www.ordemenfermeiros.pt [Internet]. [citado 28 set 2024]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5966/8regulamento_comptcespecfmedicocirurgica.pdf
4. Fortin MF. O Processo de Investigação Da Concepção à Realização de. 3ª ed. Loures: Lusociência; 2003. 388 p.
5. Gonçalves JF. ISBAR: Uma comunicação efetiva na transição de cuidados durante a passagem de turno [Dissertação de Mestrado]. Évora: Universidade de Évora; 2018. 100 p.
6. Teixeira C, Martins G, Guiomar J, Paraíso M, Guerra M. Enfermagem e os seus Metaparadigmas. SERVIR. Jun 2023;Serie 2(Edição Especial 1):<https://doi.org/10.48492/servir021e>.
7. Matos IM. Competências Especializadas Segurança dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica: da urgência ao perioperatório [Dissertação de Mestrado na Internet]. Funchal: Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny; 2019 [citado 16 ago 2024]. 120 p. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/29346/1/Relatório_Isilda%20Matos.pdf
8. Ramos R, Coelho S, Ferreira M, Oliveira J. Revistas Científicas da UCP [Internet]. Vivências da família do doente crítico: um estudo qualitativo | Cadernos de Saúde; 2018 [citado 28 set 2024]. Disponível em: <https://revistas.ucp.pt/index.php/cadernosdesaude/article/view/7230>

9. Costa L. Home Page [Internet]. Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem | Enfermagem Brasil; 27 out 2016 [citado 28 set 2024]. Disponível em: <https://doi.org/10.33233/eb.v15i3.181>
10. Dias H. ISBAR: comunicação efetiva, transição de cuidados segura [Dissertação de Mestrado na Internet]. Évora: Universidade de Évora; 2022 [citado 5 jun 2024]. 100 p. Disponível em: <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/32219>
11. Alligood MR, Tomey AM. Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). 5ª ed. Loures: Lusiciência; 2004. 766 p.
12. Benner P. De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem. 2ª ed. Salvador da Bahia: Quarteto Editora; 2005. 262 p.
13. Gallani MC, Dallaire C. Sistema de Información Científica Redalyc, Red de Revistas Científicas [Internet]. Desenvolvimento de competências em enfermagem: porque e como; 2014 [citado 26 jul 2024]. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4836/483647660001.pdf>
14. Cunha S. Percursos de prática perita de enfermeiros a trabalhar numa unidade de cuidados intensivos [Dissertação de Mestrado]. Viana do Castelo: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo; 2017. 235 p. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1887>
15. Amaral J. CIDP - Centro de Investigação de Direito Privado [Internet]. A segurança do doente na prestação de cuidados de saúde: Uma prioridade na política de saúde; 2023 [citado 16 maio 2024]. Disponível em: https://www.cidp.pt/revistas/rjlb/2023/3/2023_03_1693_1778.pdf
16. OMS. <https://iris.who.int/> [Internet]. Estrutura Conceitual da Classificação Internacional de Segurança do Paciente; 2011 [citado 20 jun 2024]. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/70882>
17. Barroso F, Sales L, Ramos S. Guia Prático Para a Segurança do Doente. Lisboa: LIDEL; 2021. 374 p.
18. Ribeiro O. Ambiente de práticas de Enfermagem Positivos: Um roteiro para a qualidade e segurança. Lisboa: LIDEL; 2023. 241 p.
19. Fragata J. <https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10799> [Internet]. Erro médico: A segurança dos doentes -Indicador de qualidade em saúde | Revista

- Portuguesa de Medicina Geral e Familiar; 2010 [citado 16 maio 2024]. Disponível em: <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v26i6.10799>
20. Sousa P, Mendes W. Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde [Internet]. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; [citado 20 jun 2024]. 2019 p. Disponível em: <https://www.ensp.unl.pt/wp-content/uploads/2019/09/seguranca-do-paciente--livro-1.pdf>
 21. Lebre A, Resendes A, Paiva A, Barbosa C, Ferreira C, Gaspar F, Silva G, Oliveira I, Eiras M, Valente M, Gaspar M, Nunes M, Arriaga M, Sousa P, Pacheco P, Costa S, Ramos S, Fonseca V. Revista TecnoHospital [Internet]. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026; maio 2022 [citado 20 jun 2024]. Disponível em: <https://www.tecnohospital.pt/userfiles/files/blog/Plano%20Nacional%20para%20a%20Seguranca%20dos%20Doentes%202021-2026.pdf>
 22. <https://diariodarepublica.pt/> [Internet]. Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro; 24 set 2021 [citado 20 jun 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
 23. Teixeira JC. Comunicação em saúde: Relação Técnicos de Saúde – Utentes. Anal Psicol [Internet]. 2004 [citado 28 set 2024];22(3):<http://hdl.handle.net/10400.12/229>. Disponível em: [https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/229/1/AP%2022\(3\)%20615-620.pdf](https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/229/1/AP%2022(3)%20615-620.pdf)
 24. Sequeira C, Sampaio F, Coelho T, Lluch-Canut T. Comunicação Clínica e Relação de ajuda [Internet]. Lisboa: LIDEL; 2016 [citado 1 jul 2024]. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/303894988>
 25. Frias A, Paiva-Santos F. Conceções de enfermeiros sobre a comunicação na reunião de passagem de turno. Referência [Internet]. 2023 [citado 29 jun 2024];Serie VI(Ed. 2):<https://doi.org/10.12707/RVI22110>. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/referencia/article/view/32128/22646>
 26. International Council of Nurses (ICN) | ICN - International Council of Nurses [Internet]. CIPE® - Português; 2018 [citado 11 jul 2024]. Disponível em: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf

27. Ramos N. Cuidados de saúde e comunicação na sociedade multicultural: discutindo interculturalidade (s), práticas e políticas em saúde. *Rev Inter Legere* [Internet]. 2013 [citado 28 jun 2024];1(11). Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/interlegere/article/view/4300/3505>
28. Santos M, Grilo A, Andrade G, Guimarães T, Gomes A. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Elsevier* [Internet]. 2010 [citado 27 jun 2024];10:47-57. Disponível em: <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-pdf-X0870902510898583>
29. Teixeira J, Oliveira P. A comunicação da equipa na promoção da segurança da pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Braz J Health Rev* [Internet]. Fev 2023 [citado 13 jul 2024];6(1):<https://www.researchgate.net/publication/368512455>. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n1-266>
30. Petry L, Diniz MB. Communication between teams and the care transfer of critical patients. *RevRene* [Internet]. 18 mar 2020 [citado 19 jun 2024];21:e43080. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202143080>
31. Afonso P, Lourenço P. Passagem de Turno e a Segurança do Doente [Internet]; 2 mar 2014 [citado 21 jun 2024]. Disponível em: <https://risco-clinico.blogspot.com/2014/03/passagem-de-turno-em-enfermagem-e.html>
32. Figueiredo AR, Potra T, Lucas P. Transição de cuidados de enfermagem: ISBAR na promoção da segurança dos doentes – revisão scoping. *AMBITOS REV INT COMUN* [Internet]. 2020 [citado 2 jul 2024];(49):32-48. Disponível em: <https://DX.DOI.ORG/10.12795>
33. Randmaa M, Mårtensson G, Leo Swenne C, Engström M. SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study. *BMJ Open* [Internet]. Jan 2014 [citado 29 set 2024];4(1):e004268. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004268>

34. Achrekar M, Murthy V, Kanan S, Shetty R, Nair M, Khattry N. Introduction of Situation, Background, Assessment, Recommendation into Nursing Practice: A Prospective Study. *Asia Pac J Oncol Nurs* [Internet]. 2016 [citado 8 ago 2024];3(1):45. Disponível em: <https://doi.org/10.4103/2347-5625.178171>
35. Pun J. Nurses' perceptions of the ISBAR handover protocol and its relationship to the quality of handover: A case study of bilingual nurses. *Front Psychol* [Internet]. 23 fev 2023 [citado 6 ago 2024];14. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1021110>
36. Guerra A, Brás F, Siquenique J, Anacleto J, Ruivo MA, Marques MD. Comunicação ISBAR na qualidade dos cuidados de saúde. *RIASE* [Internet]. 2023 [citado 31 jul 2024];9(2):30-46. Disponível em: <https://doi.org/10.60468>
37. CUF | Hospitais e Clínicas [Internet]. Qualidade CUF | CUF; [citado 14 mar 2024]. Disponível em: <https://www.cuf.pt/sobre-nos/quem-somos/qualidade-cuf>
38. ERS - Entidade Reguladora da Saúde [Internet]. Estudo sobre os conceitos de “Serviço de Urgência” e “Serviço de Atendimento Permanente” em estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde não públicos; dez 2009 [citado 19 jun 2024]. Disponível em: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/68/estudo_sobre_urgencias-sap_privadas.pdf
39. Ordem dos Enfermeiros. www.ordemenfermeiros.pt [Internet]. Parecer do Conselho de Enfermagem e Mesa do colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica N°15/2018; 2018 [citado 9 ago 2024]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-nº15_2018-funções-eeemc-d-e-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf
40. Ordem dos Enfermeiros. www.ordemenfermeiros.pt [Internet]. Parecer do Conselho de Enfermagem e Mesa do colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica N°02/2020; 12 nov 2020 [citado 6 ago 2024]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20545/parecer-nº-2_ce-e-mceemc-rácio-de-enfermeiros-em-serviços-de-medicina-intensiva-covid.pdf
41. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro n.º Decreto-Lei n.º

- 104/98 [Internet], 21 abr 1998 [citado 11 jul 2024] (Portugal). Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
42. www.simcoimbra.org [Internet]. Manual de Cuidados Pós-anestésicos; 2016 [citado 20 jun 2024]. Disponível em: https://www.simcoimbra.org/files/cursos/04_29_16_02_manual_cpa.pdf
43. Ruivo MA, Ferrito C, 7ºCLE A. Metodologia de Projeto: colectânea descritiva das etapas. Rev Percursos [Internet]. 2010 [citado 5 jun 2024];(15):1-38. Disponível em: https://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
44. Conselho Internacional dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs_vfinal_correto.pdf [Internet]. Genebra: Edição Portuguesa da Ordem dos Enfermeiros; 2012 [citado 28 jun 2024]. 63 p. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs_vfinal_correto.pdf
45. Teixeira L, Luís Carvalho A, Barroso C. Capítulo II / Etapa; [Internet]. Available from: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31967/1/SafeCare-EBook20-27.pdf>
46. Regulamento n.º 705/2021, de 27 de julho. 2024. Available from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/705-2021-168374248>
47. Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, Diário da República: II série, n.º 135. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
48. Ordem dos Enfermeiros, editor. Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista [Internet]. 2019. Available from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
49. Bueno F, Queiroz M. O enfermeiro e a construção da autonomia profissional no processo de cuidar. Rev Bras Enferm [Internet]. Abr 2006 [citado 26 jul 2024];(59):<https://www.scielo.br/j/reben/a/gqKqGNtbWJddnBfDKgd5LvJ/?lang=pt> #. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000200019>

50. Ordem dos Enfermeiros, Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica [internet] 2015 Jun 26 [cited 2024 Jul 9] . Available from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/361-2015-67613096> .
51. Amaral, G., & Figueiredo, A. S. (2021). Desenvolvimento de competências dos enfermeiros orientadores: uma visão de peritos. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(5), e 20036. <https://doi:10.12707/RV20036>
52. Santo CD. As Competências dos Enfermeiros e as Práticas de Enfermagem: Contributos para a mudança. *Rev Ref [Internet]*. Nov 1999;(3):53-8. Disponível em: https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pequisa=&id_artigo=91&id_revista=5&id_edicao=18
53. REPE Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro [Internet]. 1996 [Cited 2024 Jun 28] Available from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
54. UNESCO. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos [Internet] 2005 [Cited 2024 Jun 15]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf
55. Ministério da Saúde. <https://www.ulsna.min-saude.pt/> [Internet]. GUIA DE COMBATE AO DESPERDÍCIO; 2016 [citado 23 ago 2024]. Disponível em: <https://www.ulsna.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/7/2016/11/Guia-Combate-Desperdicio.pdf>
56. Galvão A, Gomes MJ, Pereira F. Benefícios da inteligência emocional e suas implicações para a intervenção em saúde: empatia e traços de personalidade dos enfermeiros. *Rev INFAD Psicol Int J Dev Educ Psychol [Internet]*. 22 jan 2021 [citado 29 ago 2024];1(2):71-80. Disponível em: <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2020.n2.v1.1947>
57. Zeneli A, Mezzadri S, Bertozzi L, Resi D, Golinucci M, Dodi S, et al. A surveillance system model for central line-associated bloodstream infections (CLABSI) coordinated at the regional level: a pilot feasibility study: *Le infezioni in medicina*. *Le infezioni in medicina [Internet]*. 2017 Jun 1 [cited 2024 Jun 27];25(2):108–15.

Available

from:

<https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=8f02807c-94bf-4081-b9b2-eea7b87a5c44%40redis>)

58. Associação Nacional de Controlo de Infecção. www.anci.pt [Internet]. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde; mar 2007 [citado 29 set 2024]. Disponível em: https://www.anci.pt/sites/default/files/legislações/programa_nacional_de_prevencao_e_controlo_de_infeccao_associada_oas_cuidados_de_saude_0.pdf
59. Direção Geral da Saúde. 029/2012. Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI) [Internet]. [local desconhecido: editor desconhecido]; 2012 [citado 31 ago 2024]. 26 p. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infeccao-pbci.pdf>
60. Direção geral de saúde. Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. [Internet] 2017 [Cited 2024 Jul 21]. Available from: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
61. Direção Geral da Saúde. Norma nº021/2015 de 16/12/2015 Atualizada a 17/11/2022. “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação [Internet]. [local desconhecido: editor desconhecido]; 2015 [citado 30 ago 2024]. 23 p. Disponível em: https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pneum_assoc_intubacao_corrigida_marco_2023.pdf
62. Direção Geral da Saúde. Norma nº 020/2015 atualizada a 17/11/2022. “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção do Local Cirúrgico [Internet]. [local desconhecido: editor desconhecido]; 2015 [citado 30 ago 2024]. 24 p. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infeccao-de-local-cirurgico/>

Apêndice A: Guião de Auditoria adaptado

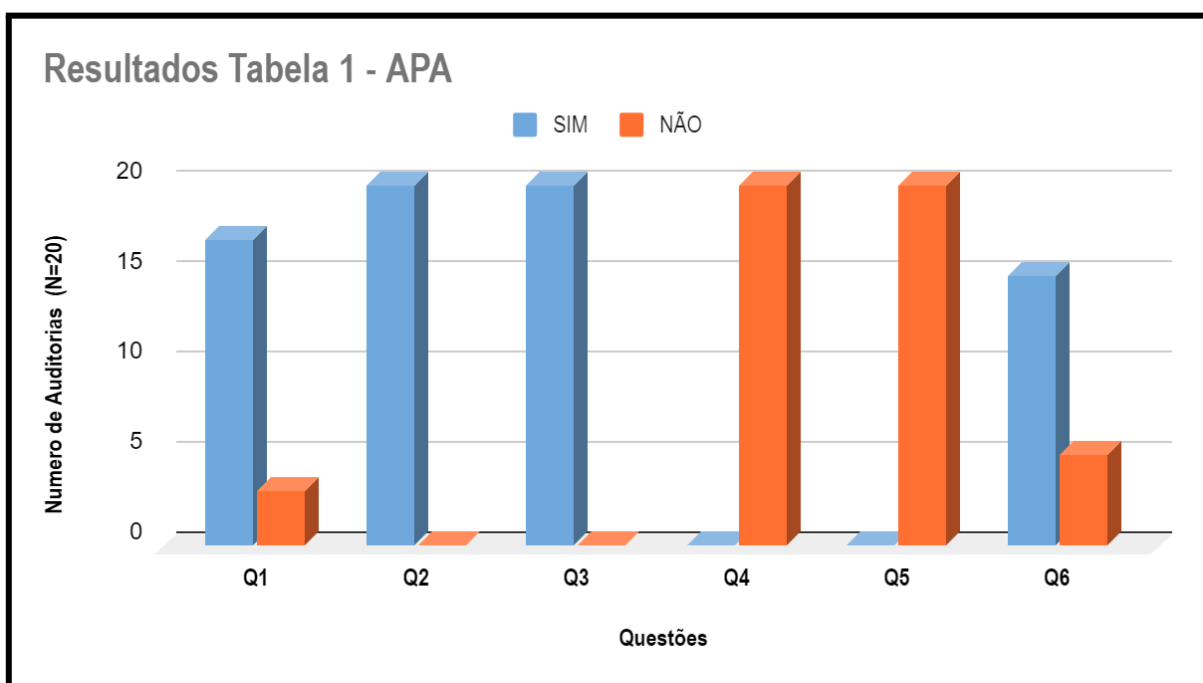
Grelha de observação “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde” - Metodologia ISBAR		
Unidade:	Data:	
Momento de Transição:		
	Sim	Não
Na transição de cuidados é utilizada a técnica de comunicação ISBAR?		
Nos momentos vulneráveis/críticos, a transferência de informação entre profissionais é prioritária?		
A transmissão de informação nas transições ocorre de forma escrita?		
A transição de cuidados é realizada num ambiente tranquilo, sem ruído e sem interrupções?		
Existe registo, informático, de que a informação foi transmitida segundo a metodologia ISBAR?		
Os profissionais de saúde estão despertos para a importância da utilização da comunicação ISBAR na prática das suas funções?		

Grelha detalhada: Mnemónica ISBAR				
		Sim	Não	N/A
I	Nome completo, data de nascimento, género e nacionalidade			
	Nome e função do profissional de saúde emissor			
	Nome e função do profissional de saúde receptor			
	Serviço de Origem / Destinatário			
	Identificação da pessoa significativa / cuidador Informal			
S	Data e hora de admissão			
	Descrição do modo atual de necessidades de cuidados de saúde			
	Meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados e a realizar			
B	Antecedentes clínicos			
	Níveis de dependência			
	Directivas antecipadas de vontade			
	Alergias conhecidas ou da sua ausência			
	Hábitos relevantes			
	Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma			
	Técnicas invasivas realizadas			
	Presença ou risco de colonização / infecção associada aos cuidados de saúde e medidas e implementar			
	Identificação da situação social e da capacitação do cuidado			
A	Problemas ativos			
	Terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída			
	Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas			
	Focos de atenção, diagnóstico e intervenções ativas			
R	Indicação do plano de continuidade de cuidados			
	Informação sobre consultas e MCDTs agendados			
	Identificação de necessidades do cuidador formal			

Apêndice B: Resultados das auditorias

Auditoria Atendimento Permanente Adultos (APA)

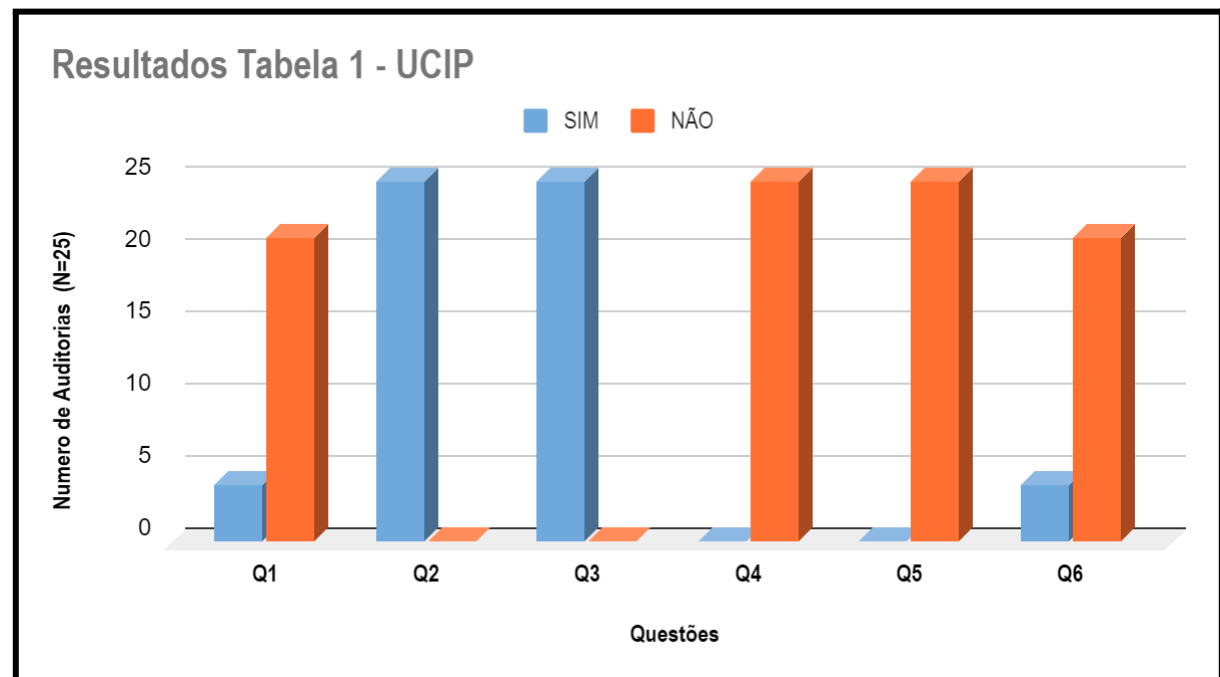
Questão	Resposta	
	SIM	NÃO
Q1: Na transição de cuidados é utilizada a técnica de comunicação ISBAR ?	17	3
Q2: Nos momentos vulneráveis / críticos, a transferência de informação entre profissionais de saúde é prioritária?	20	0
Q3: A transmissão de informação nas transições ocorre de forma escrita?	20	0
Q4: A transição de cuidados é realizada num ambiente tranquilo, sem ruído e sem interrupções?	0	20
Q5: Existe registo, informático, de que a informação foi transmitida segundo a metodologia ISBAR?	0	20
Q6: Os profissionais de saúde estão despertos para a importância da utilização da comunicação ISBAR na prática das suas funções?	15	5



Grelha detalhada: Mnemónica ISBAR				
		Respostas		
		Sim	Não	N/A
I	Nome completo, data de nascimento, género e nacionalidade	20	0	
	Nome e função do profissional de saúde emissor			x
	Nome e função do profissional de saúde receptor			x
	Serviço de Origem / Destinatário	20	0	
	Identificação da pessoa significativa / cuidador Informal	7	13	
S	Data e hora de admissão	20	0	
	Descrição do modo atual de necessidades de cuidados de saúde	13	7	
	Meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados e a realizar	20	0	
B	Antecedentes clínicos	20	0	
	Níveis de dependência	12	8	
	Directivas antecipadas de vontade	0	20	
	Alergias conhecidas ou da sua ausência	18	2	
	Hábitos relevantes	9	11	
	Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma	20	0	
	Técnicas invasivas realizadas	20	0	
	Presença ou risco de colonização / infecção associada aos cuidados de saúde e medidas e implementar	14	6	
A	Identificação da situação social e da capacitação do cuidado	0	20	
	Problemas ativos	13	7	
	Terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída	9	11	
	Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas	20	0	
R	Focos de atenção, diagnóstico e intervenções ativas	8	12	
	Indicação do plano de continuidade de cuidados	0	20	
	Informação sobre consultas e MCDT's agendados	20	0	
	Identificação de necessidades do cuidador formal	0	20	

Auditoria Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP)

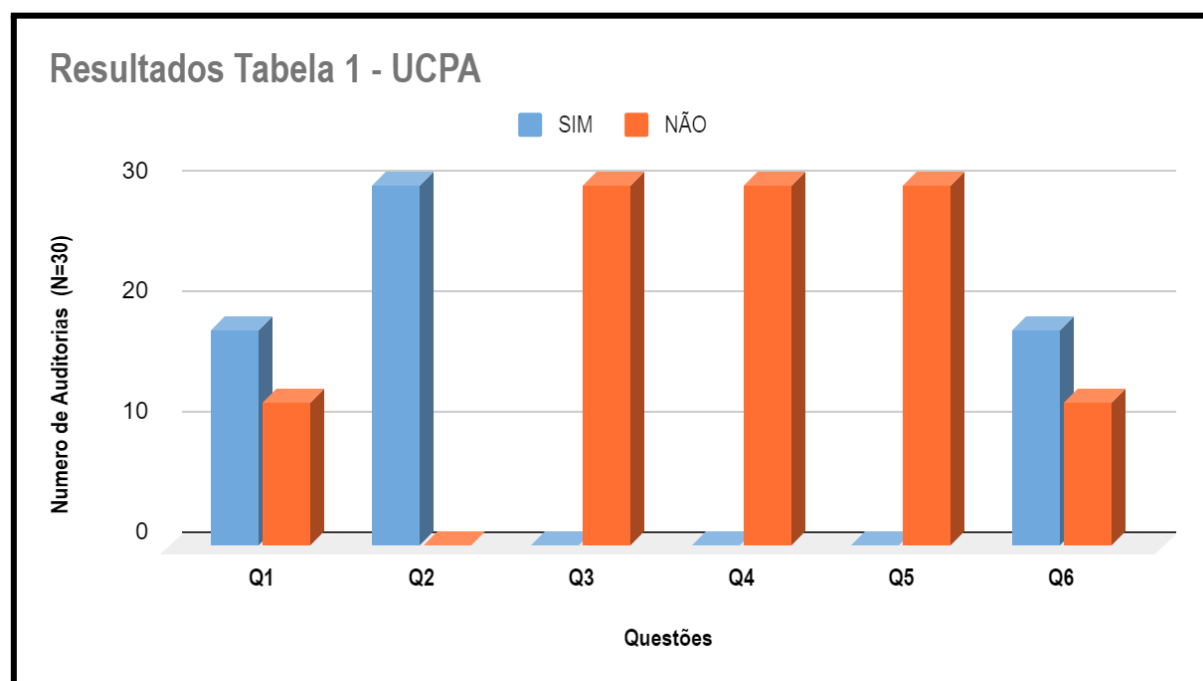
Questão	Resposta	
	SIM	NÃO
Q1: Na transição de cuidados é utilizada a técnica de comunicação ISBAR ?	4	21
Q2: Nos momentos vulneráveis / críticos, a transferência de informação entre profissionais de saúde é prioritária?	25	0
Q3: A transmissão de informação nas transições ocorre de forma escrita?	25	0
Q4: A transição de cuidados é realizada num ambiente tranquilo, sem ruído e sem interrupções?	0	25
Q5: Existe registo, informático, de que a informação foi transmitida segundo a metodologia ISBAR?	0	25
Q6: Os profissionais de saúde estão despertos para a importância da utilização da comunicação ISBAR na prática das suas funções?	4	21



Grelha detalhada: Mnemónica ISBAR				
		Respostas		
		Sim	Não	N/A
I	Nome completo, data de nascimento, género e nacionalidade	25	0	
	Nome e função do profissional de saúde emissor			x
	Nome e função do profissional de saúde receptor			x
	Serviço de Origem / Destinatário	25	0	
	Identificação da pessoa significativa / cuidador Informal	18	7	
S	Data e hora de admissão	25	0	
	Descrição do modo atual de necessidades de cuidados de saúde	25	0	
	Meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados e a realizar	25	0	
B	Antecedentes clínicos	25	0	
	Níveis de dependência	16	9	
	Directivas antecipadas de vontade	8	17	
	Alergias conhecidas ou da sua ausência	21	4	
	Hábitos relevantes	18	7	
	Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma	18	7	
	Técnicas invasivas realizadas	25	0	
	Presença ou risco de colonização / infecção associada aos cuidados de saúde e medidas e implementar	22	3	
A	Identificação da situação social e da capacitação do cuidado	4	21	
	Problemas ativos	20	5	
	Terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída	25	0	
	Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas	23	2	
R	Focos de atenção, diagnóstico e intervenções ativas	12	13	
	Indicação do plano de continuidade de cuidados	18	7	
	Informação sobre consultas e MCDTs agendados	25	0	
	Identificação de necessidades do cuidador formal	22	3	

Auditoria Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA)

Questão	Resposta	
	SIM	NÃO
Q1: Na transição de cuidados é utilizada a técnica de comunicação ISBAR ?	18	12
Q2: Nos momentos vulneráveis / críticos, a transferência de informação entre profissionais de saúde é prioritária?	30	0
Q3: A transmissão de informação nas transições ocorre de forma escrita?	0	30
Q4: A transição de cuidados é realizada num ambiente tranquilo, sem ruído e sem interrupções?	0	30
Q5: Existe registo, informático, de que a informação foi transmitida segundo a metodologia ISBAR?	0	30
Q6: Os profissionais de saúde estão despertos para a importância da utilização da comunicação ISBAR na prática das suas funções?	18	12



Grelha detalhada: Mnemónica ISBAR				
		Respostas		
		Sim	Não	N/A
I	Nome completo, data de nascimento, género e nacionalidade	25	5	
	Nome e função do profissional de saúde emissor			x
	Nome e função do profissional de saúde receptor			x
	Serviço de Origem / Destinatário	18	12	
	Identificação da pessoa significativa / cuidador Informal	8	22	
S	Data e hora de admissão	26	4	
	Descrição do modo atual de necessidades de cuidados de saúde	28	2	
	Meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados e a realizar	28	2	
B	Antecedentes clínicos	30	0	
	Níveis de dependência	18	12	
	Directivas antecipadas de vontade	0	30	
	Alergias conhecidas ou da sua ausência	23	7	
	Hábitos relevantes	14	16	
	Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma	18	12	
	Técnicas invasivas realizadas	28	2	
	Presença ou risco de colonização / infecção associada aos cuidados de saúde e medidas e implementar	24	6	
	Identificação da situação social e da capacitação do cuidado	0	30	
A	Problemas ativos	18	12	
	Terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída	28	2	
	Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas	4	26	
	Focos de atenção, diagnóstico e intervenções ativas	4	26	
R	Indicação do plano de continuidade de cuidados	12	18	
	Informação sobre consultas e MCDT's agendados	30	0	
	Identificação de necessidades do cuidador formal	8	22	

Apêndice C: Questionário aplicado

Comunicação na Transição de Cuidados: Metodologia ISBAR

O meu nome é Rita Guerra sou aluna do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica na Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa de Lisboa.

Encontro-me a fazer os estágios curriculares no Hospital St. José no Serviço de Atendimento Permanente de Adultos (APA), Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) e na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA). O tema de desenvolvimento do meu projecto de estágio é: **Comunicação Eficaz na Prestação de Cuidados ao Doente Critico - Aplicação da Metodologia ISBAR.**

Gostaria de pedir, a todos quantos possível, o preenchimento deste pequeno questionário que me ajudará a perceber as opiniões e dificuldades dos Enfermeiros, dos serviços onde se encontra a decorrer o estágio, relativamente à aplicabilidade da metodologia ISBAR.

Muito obrigada, a todos, pelo tempo dispensado!

Considera a metodologia ISBAR uma ferramenta eficaz e facilitadora da comunicação durante *
a transição de cuidados?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Utiliza a metodologia ISBAR como ferramenta de comunicação durante a transição de *
cuidados no seu local de trabalho?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Qual a maior dificuldade na aplicabilidade da metodologia ISBAR durante a comunicação na *
transição de cuidados?

- ☐ Escassez de tempo / Esquecimento
- ☐ Falta de Prática
- ☐ Metodologia de difícil aplicabilidade
- ☐ Utilização de outras metodologias

Apêndice D: Resultados dos questionários

Questionário Atendimento Permanente de Adultos (APA)

Nº de questionários enviados	24
Nº de questionários respondidos	20

Q1: Considera a metodologia ISBAR uma ferramenta eficaz e facilitadora da comunicação durante a transição de cuidados?			
SIM		NÃO	
18		2	
Q2: Utiliza a metodologia ISBAR como ferramenta de comunicação durante a transição de cuidados no seu local de trabalho?			
SIM		NÃO	
18		2	
Q3: Qual a maior dificuldade na aplicabilidade da metodologia ISBAR durante a comunicação na transição de cuidados?			
Escassez de tempo / Esquecimento	Falta de Prática	Metodologia de difícil aplicabilidade	Utilização de outras metodologias
4	14	0	2

Questionário Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP)

Nº de questionários enviados	42
Nº de questionários respondidos	18

Q1: Considera a metodologia ISBAR uma ferramenta eficaz e facilitadora da comunicação durante a transição de cuidados?			
SIM		NÃO	
4		14	
Q2: Utiliza a metodologia ISBAR como ferramenta de comunicação durante a transição de cuidados no seu local de trabalho?			
SIM		NÃO	
2		16	
Q3: Qual a maior dificuldade na aplicabilidade da metodologia ISBAR durante a comunicação na transição de cuidados?			
Escassez de tempo / Esquecimento	Falta de Prática	Metodologia de difícil aplicabilidade	Utilização de outras metodologias
0	2	0	16

Questionário Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA)

Nº de questionários enviados	90
Nº de questionários respondidos	35

Q1: Considera a metodologia ISBAR uma ferramenta eficaz e facilitadora da comunicação durante a transição de cuidados?			
SIM		NÃO	
27		8	
Q2: Utiliza a metodologia ISBAR como ferramenta de comunicação durante a transição de cuidados no seu local de trabalho?			
SIM		NÃO	
12		23	
Q3: Qual a maior dificuldade na aplicabilidade da metodologia ISBAR durante a comunicação na transição de cuidados?			
Escassez de tempo / Esquecimento	Falta de Prática	Metodologia de difícil aplicabilidade	Utilização de outras metodologias
4	15	0	16

Apêndice E: Projetos desenvolvidos APA (Folha de passagem de turno)

Cama	Tipo	(S) Situação Atual				(B) Antecedentes/Armsre				(A) Avaliação				Médico	Data Internamento	Cama Destino
		EX	TAC	RX	Admissão	EX	TAC	RX	Admissão	EX	TAC	RX	Admissão			
M10	*	Coronariário	ES	Colonoscapia	Esquadrão	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES
		Alérgico	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES
		Pericárdio	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES
		ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES
M11	*	Coronariário	ES	Colonoscapia	Esquadrão	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES
		Alérgico	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES
		Pericárdio	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES
		ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES
M12	*	Coronariário	ES	Colonoscapia	Esquadrão	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES
		Alérgico	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES
		Pericárdio	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES
		ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES
M14	*	Coronariário	ES	Colonoscapia	Esquadrão	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES
		Alérgico	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES
		Pericárdio	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES
		ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES
M15	*	Coronariário	ES	Colonoscapia	Esquadrão	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES
		Alérgico	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES
		Pericárdio	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES
		ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES
M16	*	Coronariário	ES	Colonoscapia	Esquadrão	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES
		Alérgico	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES
		Pericárdio	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES
		ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES

Apêndice F: Projetos desenvolvidos APA (Tapete de rato para computador)

META 2

MELHORAR EFICÁCIA DA COMUNICAÇÃO

Segurança na transição de cuidados

A qualidade na transição dos cuidados de saúde é um elemento fundamental na segurança do doente, isto porque é associada ao aumento da qualidade da prestação de cuidados, à diminuição de eventos adversos e consequentemente diminuição da mortalidade.

A segurança dos doentes depende de nós!

MNEMÓNICA

O QUE DEVE SER TRANSMITIDO

I

IDENTIFICAÇÃO

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

S

SITUAÇÃO

Descrição do motivo actual de necessidade de cuidados de saúde.

B

"BACKGROUND" Antecedentes

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

A

AVALIAÇÃO

Informações sobre o estado do doente, terapêutica instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas.

R

RECOMENDAÇÕES

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

70%

É a percentagem correspondente à ocorrência de efeitos adversos em virtude de uma comunicação ineficaz entre profissionais de saúde.

Benefícios

- Rápida tomada de decisões.
- Promove pensamento crítico.
- Diminui tempo na transferência de informação.
- Promove rápida integração de novos profissionais.

Apêndice G: Projetos desenvolvidos UCIP (Panfleto para pranchetas)

META 2

Melhorar eficácia da comunicação



Sabia que ...

Em 2023 no [REDACTED] foram reportados 1223 eventos adversos entre os quais 120 relacionam-se com a comunicação ineficaz entre profissionais de saúde na transição de cuidados?

A segurança do doente depende de cada um de nós!

I	Identificação	Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e receptor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação.
S	Situação atual	Descrição do motivo actual de necessidade de cuidados de saúde.
B	“Background” Antecedentes	Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, directivas antecipadas de vontades.
A	Avaliação	Informação sobre o estado do doente, terapêutica instituída, estratégias de tratamento, alterações do estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas.
R	Recomendações	Descrição de atitudes e plano terapêutico adequadas à situação clínica do doente.

A DGS, em 2017 padronizou, a metodologia ISBAR, nos serviços de saúde em Portugal através da N.º 001-2017.



O recurso a instrumentos estruturados e padronizados nos momentos críticos de transição de cuidados, melhoram significativamente a qualidade de informação transmitida com impacto directo na segurança do doente.

BENEFÍCIOS:

- Rápida tomada de decisões.
- Promove pensamento crítico.
- Diminui tempo de transferência de informação.
- Promove rápida integração de novos profissionais.

Apêndice H: Projetos desenvolvidos UCPA (Cartaz informativo)

META 2: Melhorar eficácia da comunicação

I Identificação	S Situação Atual	B Anamnese / Antecedentes	A Avaliação	R Recomendações
Do doente - Nome completo. - Data de nascimento. - Número do processo. Da pessoa de referência - Nome completo. - Grau de parentesco. - Contacto telefónico. Dos interlocutores - Emissor. - Receptor.	Razão pela qual o doente necessita de cuidados de saúde. - Data e Hora de admissão nos serviços de saúde. - Motivo de admissão / internamento. - MCDT's realizados recentemente ou a realizar.	- Antecedentes pessoais clínicos. - Alergias conhecidas ou ausência das mesmas. - Directivas antecipadas de vontade. - Hábitos de vida relevantes ao estado actual. - Técnicas invasivas realizadas. - Colocação de dispositivos médicos. - Presença de risco de colonização / Infecção associada aos cuidados de saúde e medidas aplicadas. - Identificação da capacitação do acompanhante.	Informações sobre o estado do doente: - Observação e avaliação das medidas implementadas. - Preocupações relativas ao estado clínico do doente. - Diagnósticos de enfermagem activos. - Plano de cuidados de enfermagem. - Ensinos realizados ao doente e cuidador informal.	Descrição do plano de continuidade de cuidados: - Procedimentos e/ou exames pendentes de realização. - Plano previsto. - Identificação de necessidades do cuidador principal.

70%

É a percentagem correspondente à ocorrência de eventos adversos em virtude de uma comunicação ineficaz entre profissionais de saúde.

Utilize a metodologia **ISBAR** para melhorar a eficácia da comunicação na transição de cuidados e garantir a segurança do doente.

A DGS, em 2017 padronizou, a metodologia **ISBAR**, nos serviços de saúde em Portugal através da norma N.º 001-2017.



Trabalho realizado por: Rita Guerra Contexto: Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa



Apêndice I: Plano de apresentação da acção de formação

PLANO DE SESSÃO

Tema	Comunicação Eficaz na transição de cuidados - Metodologia ISBAR.
Formador	Rita Guerra (Aluna do curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgico na área de especialização em Enfermagem da pessoa em situação crítica)
Contexto	Estágio de natureza profissional.
Público alvo	Elos de ligação do Gabinete de Gestão e Segurança do Doente.
Data	20 de Maio 2024
Local	Sala de reuniões do Centro do conhecimento Hospital CUF Tejo
Duração	60 min
Método de Apresentação	Expositivo com recurso a métodos audiovisuais.

FORMULAÇÃO DE OBJECTIVOS

Objectivo Geral	Sensibilizar os profissionais de saúde para a importância da utilização da metodologia ISBAR como ferramenta de comunicação durante a transição de cuidados.
Objetivos específicos	- Conhecer a importância de estabelecer uma comunicação eficaz e o impacto para a segurança do doente. - Conhecer as especificidades da metodologia ISBAR. - Colocar em prática a metodologia ISBAR durante a comunicação de informação na transição de cuidados.

APRESENTAÇÃO

Momentos de apresentação	Conteúdo	Apresentador	Duração
Introdução ao tema	- Apresentar formador - Apresentar os objetivos da sessão. - Demonstrar a pertinência da ação de formação no âmbito das Medidas internacionais para a segurança do doente (Meta 2 - Melhorar a eficácia da comunicação)	Rita Guerra	5 Min
Desenvolvimento	- Definir segurança do doente. - Ações internacionais e nacionais para a segurança do doente. - Demonstração de estatísticas internacionais que relacionam a ocorrência de eventos adversos à comunicação ineficaz nos cuidados de saúde. - Definir comunicação e comunicação em saúde. - Definir transição de cuidados dando exemplos. - Identificar as principais barreiras à comunicação eficaz. - Definição e descrição da metodologia ISBAR.	Rita Guerra	15 Min
Discussão	- Colocar 2 perguntas que iniciam o debate com público alvo sobre a pertinência do tema apresentado. - Esclarecimento de dúvidas.	Rita Guerra	25Min
Conclusão	- Apresentar as conclusões retiradas da elaboração do trabalho. - Realizar um resumo das ideias chave.	Rita Guerra	15 Min

Apêndice J: Apresentação da acção de formação

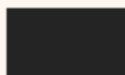
Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde

METODOLOGIA ISBAR

Enf. Rita Guerra

Supervisores clínicos: Enf. Luis Rodrigues, Enf. Beatriz Rey, Enf. Rita Prazeres.

Supervisor pedagógico: Prof. Paulo Santos.



Lisboa, 20 de Maio de 2024



Sumário



01 Introdução

04 Metodologia ISBAR

02 Segurança do doente

05 Discussão do tema

03 Comunicação

06 Considerações finais

01

Introdução



02

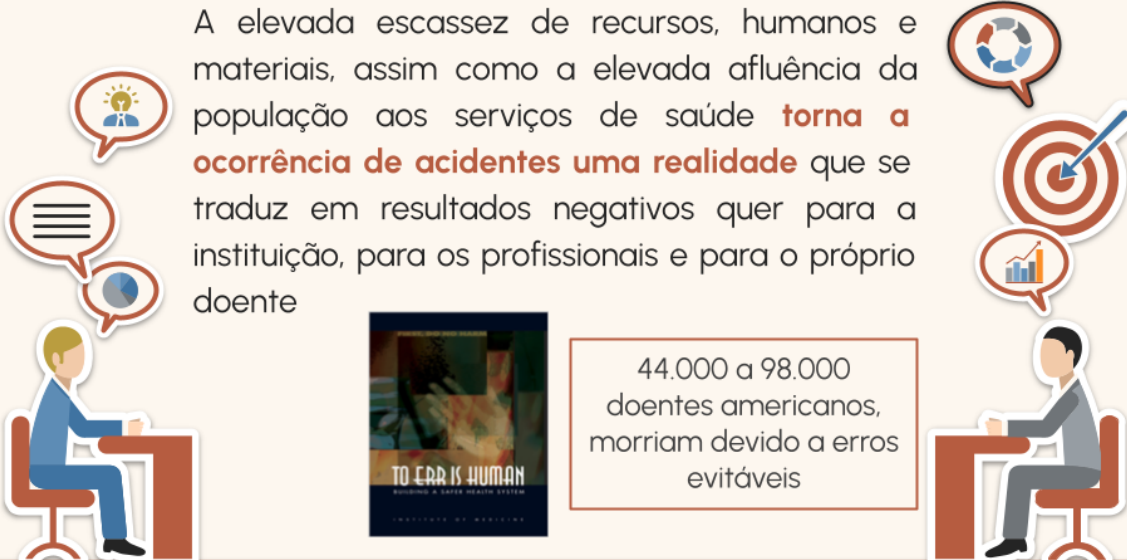
Segurança do Doente



A elevada escassez de recursos, humanos e materiais, assim como a elevada afluência da população aos serviços de saúde **torna a ocorrência de acidentes uma realidade** que se traduz em resultados negativos quer para a instituição, para os profissionais e para o próprio doente



44.000 a 98.000 doentes americanos, morriam devido a erros evitáveis



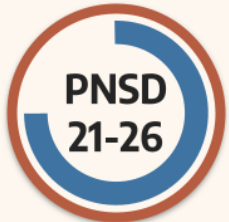
O que foi feito desde então?



Definição, a nível global, de políticas, padrões de qualidade e normas que contribuem para uma prestação de cuidados de saúde segura, eficaz e centrada no doente.



Primeiro Plano Nacional para a Segurança do Doente (PNSD).



O tema **comunicação** surge como meta fundamental desde a primeira edição.



Sabia que ...

70%

Dos eventos ocorridos advém
de **erros de comunicação**?



Eventos adversos 2023

1223



120

Eventos ocorridos na sequência
de uma comunicação ineficaz
entre profissionais de saúde.



03

Comunicação



Comunicar é ...

A palavra comunicação provém do latim *Communis*, que significa "comum".

Só existe comunicação quando o que é transmitido **tem um significado comum** para os dois pólos - Emissor e receptor.





Comunicação eficaz é ...

Transmissão de informação entre os profissionais de saúde, que se caracteriza por ser **oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo receptor.**



Em qualquer contexto, nomeadamente ao nível da prestação de cuidados de saúde, **garantir que a comunicação é eficaz** entre os diferentes profissionais, o doente e sua família, é fundamental para a **segurança e qualidade** dos serviços prestados.

Barreiras à comunicação



Transição de cuidados:

Qualquer momento da prestação em que se **verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores**, que tem como missão a continuidade e segurança dos mesmos.





O recurso a instrumentos estruturados e padronizados nos momentos críticos de transição de cuidados, como é o caso das passagens de turno e transferências de doentes, **melhoram significativamente a qualidade da informação transmitida** com impacto directo na estabilização e prognóstico do doente.



04

Metodologia ISBAR



No sentido de minimizar as consequências da comunicação ineficaz a DGS cria a norma 001/2017 que visa a uniformização da técnica ISBAR como método de comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados.



		
NORMA		
Francisco Henrique Moura George		
NÚMERO:	001/2017	
DATA:	08/02/2017	
ASSUNTO:	Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde	
PALAVRAS-CHAVE:	Segurança do doente; Transição de cuidados; Comunicação eficaz, ISBAR	
PARA:	Profissionais de Saúde do Sistema de Saúde	
CONTACTOS:	Departamento da Qualidade na Saúde (dgs@dgs.min-saude.pt)	

Ferramenta de padronização de comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados.



Mnemónica, auxiliar de memória que permite através de formas simples, memorizar construções complexas, para serem utilizadas na transmissão verbal.



Mnemónica ISBAR

I

IDENTIFICAÇÃO

S

SITUAÇÃO ATUAL

B

“BACKGROUND”

A

AVALIAÇÃO

R

RECOMENDAÇÕES



Mnemónica ISBAR

I

IDENTIFICAÇÃO

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

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





Mnemónica ISBAR

S SITUAÇÃO ATUAL

Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde

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



Mnemónica ISBAR

B “BACKGROUND” - Antecedentes / Anamnese

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

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





Mnemónica ISBAR

A

AVALIAÇÃO

Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas

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



Mnemónica ISBAR

R

RECOMENDAÇÕES

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

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



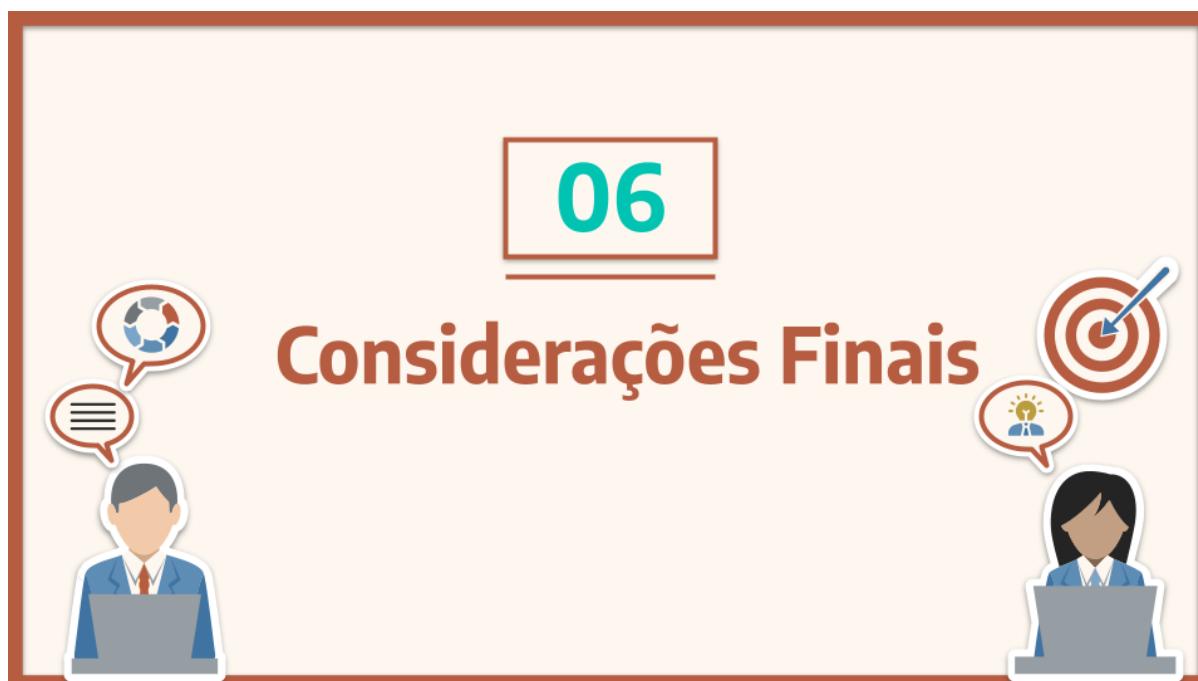
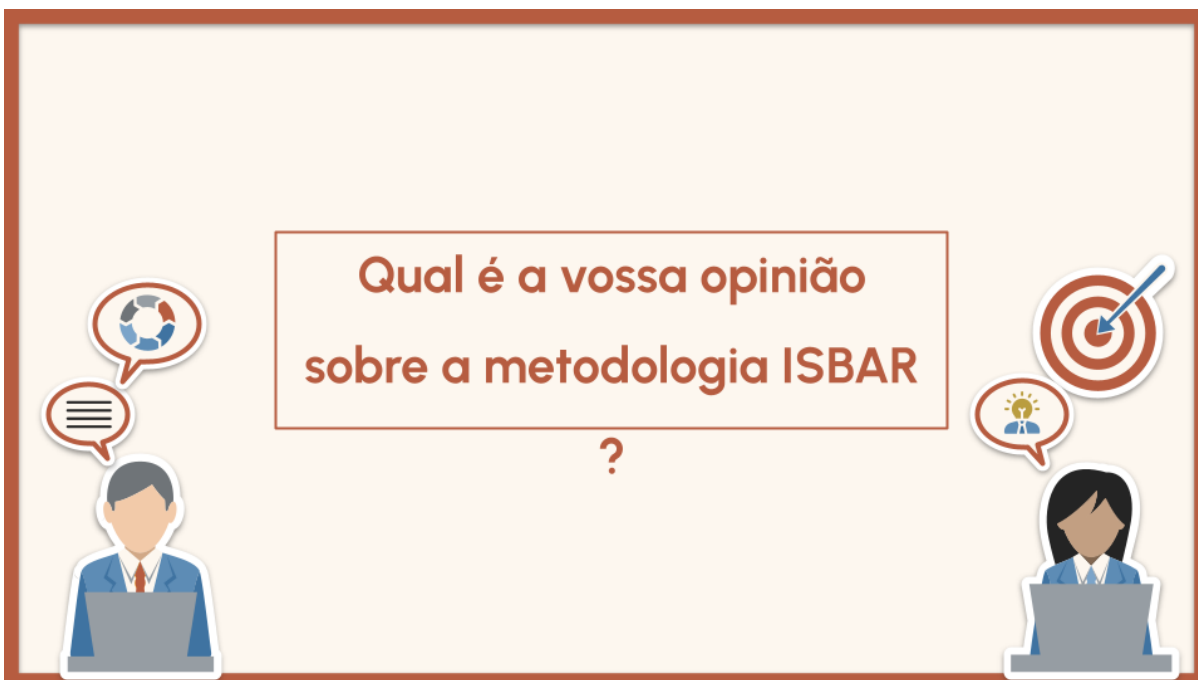
05

Discussão



Porque continuamos a não
dar a atenção à temática:
COMUNICAÇÃO?







A **capacidade de comunicar de forma eficaz**, é um elemento-chave na prática de cuidados diários, constituindo uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional.



A **padronização e a uniformização** da comunicação entre os profissionais de saúde reduzem riscos e melhoram a continuidade e qualidade dos cuidados prestados aos doentes.



**A segurança do
doente é a segurança
de todos nós!**



Obrigada pela vossa atenção!



Referencias Bibliográficas

1. Direcção Geral da Saúde. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde - Portal das Normas Clínicas [Internet]. normas.dgs.min-saude.pt. Available from: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/02/08/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/>
2. José H. RESPOSTA HUMANA AO HUMOR: HUMOR COMO RESPOSTA HUMANA. 1a ed. Loures, Portugal: Lusociência; 2010.
3. COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM MÉDICOCIRÚRGICA [Internet]. 2017 Nov [cited 2023 Dec 28]. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5966/8regulamento_comptcespecfmedicocirurgica.pdf
4. Santos MC dos, Grilo A, Andrade G, Guimarães T, Gomes A. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. Revista Portuguesa de Saúde Pública [Internet]. 2010 Nov 1; Temático (10):47–57. Available from: <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-comunicacao-em-saude-e-seguranca-X0870902510898583>
5. Barroso F, Sales L, Ramos S. Guia prático para a segurança do doente. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas; 2021.
6. Amaral J. A SEGURANÇA DO DOENTE NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE: UMA PRIORIDADE NA POLÍTICA DE SAÚDE. Ano [Internet]. 2023;9:1693–778. Available from: https://www.cidp.pt/revistas/rjlb/2023/3/2023_03_1693_1778.pdf
7. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: Building a safer health system [Internet]. PubMed. 2000. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25077248/>
8. World Health Organization. Global patient safety action plan 2021–2030. World Health Organization; 2021.
9. Saúde P. Sumário: Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes [Internet]. 2022 May. Available from: <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wpcontent/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes2021-2026.pdf>
10. Carvalho Teixeira J. Comunicação em saúde Relação Técnicos de Saúde -Utentes [Internet]. 2004. Available from: <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/229/1/AP%2022%283%29%20615-620.pdf>
11. Dias HIC da S. ISBAR: comunicação efectiva, transição de cuidados segura [Internet]. dspace.uevora.pt. 2022 [cited 2023 Dec 28]. Available from: <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/32219>

Referencias Bibliográficas

12. Moreira J, Cristina P. A comunicação da equipa na promoção da segurança da pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. 2023 Feb 14;6(1):3392–411.
13. Tomey A, Alligood M. Teóricas de Enfermagem e sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). 5a ed. Loures, Portugal: Lusociência; 2004.
14. Amaral G, Figueiredo A. Desenvolvimento de competências dos enfermeiros orientadores: uma visão de peritos. Revista de Enfermagem Referência. 2021 Feb 26;V Série(Nº 5).
15. Qualidade CUF | CUF [Internet]. www.cuf.pt. [cited 2024 Feb 18]. Available from: <https://www.cuf.pt/sobre-nos/quem-somos/qualidade-cuf>
16. Teixeira L, Luís Carvalho A, Barroso C. CAPÍTULO II / ETAPA I [Internet]. Available from: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31967/1/SafeCareEBook20-27.pdf>
17. Escola D, Periódica P, Periodicidade Trimestral C. Percursos Publicação da Área Disciplinar de Enfermagem FICHA TÉCNICA [Internet]. Available from: https://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
18. Reis T. O processo de investigação - FORTIN. O processo de investigação [Internet]. 1999 Jan 1 [cited 2024 Feb 18]; Available from: https://www.academia.edu/42384751/O_processo_de_investigacao_C3%A7%C3%A3o_FORTIN?email_work_card=view-paper
19. Enfermeiros O dos, Enfermagem C de. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem [Internet]. Google Books. Ordem dos Enfermeiros; 2012 [cited 2024 Feb 17]. Available from: [https://books.google.pt/books?hl=ptPT&lr=&id=Ktw4DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA5&dq=\(Padr%C3%B5es+de+qualidade+d+os+cuidados+de+enfermagem\)&ots=_HEEJ8bNM&sig=2rHcoh_LrqPG7ZPn--21wTSVVVZso&redir_esc=y#v=onepage&q=\(Padr%C3%B5es%20de%20qualidade%20dos%20cuidados%20de%20enfermagem\)&f=false](https://books.google.pt/books?hl=ptPT&lr=&id=Ktw4DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA5&dq=(Padr%C3%B5es+de+qualidade+d+os+cuidados+de+enfermagem)&ots=_HEEJ8bNM&sig=2rHcoh_LrqPG7ZPn--21wTSVVVZso&redir_esc=y#v=onepage&q=(Padr%C3%B5es%20de%20qualidade%20dos%20cuidados%20de%20enfermagem)&f=false)
20. Ferreira Rodrigues Galinha de Sá FL, Rebelo Botelho MA, Pereira Henriques MA. Cuidar da família da pessoa em situação crítica. Pensar Enfermagem - Revista Científica | Journal of Nursing. 2015 Aug 22;19(1):31–46.
21. Teresa M, Coelho V. COMUNICAÇÃO TERAPÉUTICA EM ENFERMAGEM: UTILIZAÇÃO PELOS ENFERMEIROS [Internet]. 2015. Available from: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/82004/2/33990.pdf>
22. Saúde P. Sumário: Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes [Internet]. 2022 May. Available from: <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wpcontent/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes2021-2026.pdf>

Apêndice L: Projetos desenvolvidos UCPA (Cartões de informação rápida)

Metodologia ISBAR		Uma comunicação eficaz, durante a transição de cuidados, reduz o risco de ocorrência de eventos adversos garantindo a segurança do doente. A informação transmitida deve ser clara, focada no doente contendo apenas o necessário. A segurança do doente depende de nós!
I	Identificação (Doente, Pessoa de referência, interlocutores)	
S	Situação Actual (Porquê da necessidade de cuidados de saúde)	
B	Anamnese / Antecedentes	
A	Avaliação (Informação sobre o estado do doente e avaliação das medidas realizadas)	
R	Recomendações (Descrição do plano de continuidade de cuidados)	

I	Identificação Do doente, Pessoa de referência e interlocutores da comunicação	É a percentagem correspondente à ocorrência de eventos adversos em virtude de uma comunicação ineficaz entre profissionais de saúde. 70% Vamos mudar esta tendência  A SEGURANÇA DOS DOENTES DEPENDE DE TODOS NÓS!
S	Situação Actual Razão pela qual o doente necessita de cuidados de saúde.	
B	Anamnese / Antecedentes Antecedentes pessoais clínicos. Alergias conhecidas. Directivas antecipadas de vontade. Técnicas invasivas realizadas. Colocação de dispositivos médicos. Presença de risco de colonização / IACS.	
A	Avaliação Informações sobre o estado do doente e a avaliação da eficácia das medidas implementadas.	
R	Recomendações Descrição do plano de continuidade de cuidados. Exames pendentes. Identificação das necessidades do cuidador informal.	

Apêndice M: Projetos desenvolvidos UCPA (Crachá)



Apêndice N: Intervenções de Enfermagem na Prevenção da Infecção do Trato Urinário - *Scoping Review*

Intervenções de Enfermagem na Infecção do Trato Urinário associada a Cateter Vesical: *Scoping Review*

AUTORES: Ana Catarina Oliveira ¹; Rita Guerra ²; Sara Esperança ³; Leila Sales ⁴; Paulo Santos ⁵; Rita Marques ⁶

1. Escola Superior da Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, Lisboa, Portugal.
catarinaoliveiraenf@outlook.com
2. Escola Superior da Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, Lisboa, Portugal.
ritaguerra8662@esscvp.eu
3. Escola Superior da Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, Lisboa, Portugal.
sara.sousa.esperanca@gmail.com
4. Escola Superior da Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa - Lisboa, Área de Ensino de Enfermagem.
lsales@esscvp.eu
5. Escola Superior da Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa - Lisboa, Área de Ensino de Enfermagem.
psantos@esscvp.eu
6. Escola Superior da Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa - Lisboa, Área de Ensino de Enfermagem.
rmarques@esscvp.eu

RESUMO

Introdução: As infeções do trato urinário (ITU) são uma causa significativa de morbilidade e mortalidade no doente em contexto hospitalar e os custos associados às mesmas são elevados para os sistemas de saúde. Os feixes de intervenções de prevenção das infeções do trato u associadas ao cateter vesical (ITUaCV) são um conjunto de medidas fundamentais com o objetivo de prevenir a transmissão de agentes patogénicos e a diminuição de ocorrência da infeção do trato urinário.

Objetivos: Mapear a intervenção do enfermeiro na prevenção da infeção do trato urinário associada ao cateter vesical.

Metodologia: Optou-se por uma *Scoping Review* sustentada na metodologia de *Joanna Briggs Institute de acordo* com a mnemónica PCC (População, Conceito e Contexto). Construída a equação booleana, com a base de pesquisa e descritores indexados, foi formulada a questão de pesquisa “*Quais as intervenções de enfermagem mais adequadas por forma a prevenir a infeção do trato urinário associada a cateter vesical em doentes adultos hospitalizados?*”. Posteriormente foi realizada uma consulta em 6 bases de dados (MEDLINE Complete, CINAHL Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Clinical Answers, Cochrane Database of Systematic Reviews e MedicLatina) e literatura cinzenta.

Resultados: Obtivemos um total de 3684 artigos, publicados entre 2019-2024, dos quais foram incluídos apenas 21 após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Os principais resultados obtidos indicam que a implementação de um guia de boas práticas, existência de protocolos institucionais e programas de treino, relativos à colocação de cateter urinário, reduzem as taxas de infeção do trato urinário. A sua colocação deve ser ponderada e justificada clinicamente, sob técnica assética, e preconiza-se a sua remoção o mais precocemente possível.

Conclusão: Com a presente *Scoping Review* foi possível evidenciar as principais intervenções promotoras de adesão à prática segura na manipulação, manutenção e remoção do cateter vesical. Revelou-se, deste modo, um valioso contributo na ampliação do conhecimento sobre a temática bem como na melhoria da segurança dos cuidados e na redução das taxas de infeção.

Palavras-Chave: Cateter urinário; Cateterização vesical; Enfermagem; Infeção do trato urinário; Prevenção; Intervenção.

Anexo 1: Diploma de formador da ação de formação “Comunicação Eficaz na transição de cuidados: Metodologia ISBAR”

DECLARAÇÃO DE FORMADOR

Para os devidos efeitos, declara-se que

Rita Vaz de Mascarenhas Almada Guerra

com o Cartão de Cidadão Nº 12335220 7 ZX3, foi formador(a) ação de formação:

Metas Internacionais da Segurança do Doente | Meta 2 - Comunicação

de 20-05-2024 a 20-05-2024, com a duração de 1h00.

Carnaxide, 21 de maio de 2024

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

Padrões e elementos mensuráveis

Comunicação eficaz - partilha de experiências de aplicação da metodologia ISBAR em diferentes serviços.

Partilha de eventos adversos relacionados com a comunicação eficaz



academiacuf
Formação em Saúde
academiacuf.pt
N.º 115 500 011
Avenida do Torpão 15, 4400-105 Viana do Castelo
(276-075) Carreiros



Anexo 2: Diploma do curso International Trauma Life Support (ITLS)



ITLS
International
Trauma Life Support

ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS

Certificate of Participation

Rita Guerra, Nurse

has completed the
Advanced Provider Course

date

11/18/2023

course site

PortugueseRed Cross Higher Health School, Lisboa,

course director

course coordinator

Dr. Paulo Alexandre Figueiredo dos Santos



ITLS
International
Trauma Life Support

Improving Trauma Care Worldwide

This continuing education activity is approved by the Commission on Accreditation for Pre-Hospital Continuing Education (COPCE).
Continuing Education Hours: 18.00 Course #: 31-ITLS-19-0006 CME Type: Advanced

COPCE recognizes that this program has met standards for accreditation and does not endorse the opinions or content presented. For more information, visit www.copce.org or register a course go to <https://www.copce.org/courses/31-ITLS-19-0006>

CME Provider: International Trauma Life Support (Provider No. ITLS0002)

Card Holder's Signature

Successful completion does not warrant performance or adherence or qualify the card holder to perform any procedure. This recognition is subject to the provisions and limitations of applicable chapter statutes and licensing acts.

International Trauma Life Support
2001 Butterfield Road, Suite 300
Downers Grove, IL 60515

www.trauma.org



ITLS
International
Trauma Life Support

379975-53347

Rita Guerra, Nurse

has successfully completed the cognitive skills evaluation in accordance with the standards of International Trauma Life Support for this course.

Advanced Provider Course

Card Issue Date: 11/18/2023 Expiration Date: 11/2026

Course Number: 53347

Course Location: PortugueseRed Cross Higher Health School, Lisboa,

Anexo 3: Diploma do curso “Precauções Básica do Controle de Infecção (PBCI)”

DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO

Para os devidos efeitos, declara-se que

Rita Vaz de Mascarenhas Almada Guerra

com o Cartão de Cidadão Nº 12335220 7 ZX3, participou na ação de formação:

A importância das Precauções Básicas do Controlo de Infecção

de 09-04-2024 a 09-04-2024, com a duração de 1h00.

Corroado, 9 de Abril de 2024

 
Rita Vaz de Mascarenhas Almada Guerra
Rita Vaz de Mascarenhas Almada Guerra
Rita Vaz de Mascarenhas Almada Guerra



CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

O que são as Precauções Básicas de Controlo de Infecção
Norma Nº029/212 da Direcção Geral da Saúde que regulamenta as
Precauções Básicas de Controlo de Infecção

Quais são as 10 Precauções Básicas de Controlo de Infecção

1. Colocação de doentes
2. Higiene das mãos
3. Etiqueta respiratória
4. Utilização de Equipamento de Protecção Individual (EPI)
5. Descontaminação do Equipamento Clínico
6. Controlo Ambiental
7. Manuseamento Seguro da Roupa
8. Recolha segura de resíduos
9. Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis
10. Exposição a agentes microbianos no local de trabalho

