



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica
Relatório de Estágio**

**A Segurança da Pessoa em Situação Crítica na
Transição de Cuidados
- Intervenção especializada de Enfermagem**

Maria Manuel Gomes Borges

**Lisboa
2021**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica
Relatório de Estágio**

**A Segurança da Pessoa em Situação Crítica na
Transição de Cuidados
- Intervenção especializada de Enfermagem**

Maria Manuel Gomes Borges

Orientador: Professora Doutora
Eunice Emília Santos Lopes Martins Henriques

**Lisboa
2021**

“a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria”

(Benner, 2001, p.61).

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

AO – Assistentes Operacionais

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BO – Bloco Operatório

CMEPSC – Curso de Mestrado em Enfermagem na área Pessoa em Situação Crítica

DGS – Direção Geral de Saúde

ECG – Eletrocardiograma

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ICN – *International Council of Nurses*

ISBAR – *Identification - Situation - Background - Assessment - Recommendation*

JCI – *Joint Commission International*

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática Baseada na Evidência

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBAR – *Situation – Background – Assessment - Recommendation*

SO – Serviço de Observação

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

SU – Serviço de Urgência

SUG – Serviço de Urgência Geral

TSFR – Técnica de Substituição da Função Renal

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UIPA – Unidade de Internamento Polivalente de Agudos

RESUMO

Este Relatório pretende refletir sobre o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem em contexto de Estágio. O objetivo do Estágio foi conhecer, analisar e refletir sobre uma problemática da prática de cuidados à PSC, corroborada pela literatura. Assim, foi possível definir estratégias para atingir os objetivos referentes ao desenvolvimento de competências de Mestre em Enfermagem e competências especializadas na área da PSC, para alcançar um melhor nível de proficiência ou perito, segundo o Modelo de Dreyfus indicado por Benner (2001).

Foi possível a identificação de um problema – A segurança na transição de cuidados à PSC – sustentado na evidência científica e no referencial teórico da Teoria das Transições de Afaf Meleis. A evidência demonstra que as falhas na comunicação são das principais causas de eventos adversos na saúde, sendo que 70% destes eventos ocorre durante a transição de cuidados e em 50% dos casos não existe uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde, de forma a garantir a continuidade dos cuidados (DGS, 2017). Os enfermeiros são a chave para a identificação e compreensão dos fenómenos de transição, podendo atuar como elementos facilitadores deste processo. Assim, a transmissão de informação no processo de transição de cuidados de Enfermagem, através de uma comunicação eficaz, é fundamental na caracterização da situação, assim como na definição dos cuidados a prestar ao doente, sendo uma condição facilitadora no decurso do processo transicional saúde-doença, vivido pela PSC, em segurança.

As experiências vivenciadas em contexto de estágio permitiram o desenvolvimento de competências de nível proficiente/perito na área dos cuidados especializados à PSC, em particular na segurança da PSC na transição de cuidados. O percurso de aquisição e desenvolvimento de competências é um processo contínuo no tempo, mas essencial para a evolução pessoal e profissional, buscando alcançar a perícia e zelando pela qualidade dos cuidados de Enfermagem.

Palavras-Chave: Competências; Intervenções de Enfermagem; Pessoa em Situação Crítica; Segurança do doente; Transição de cuidados.

ABSTRACT

This report aims to reflect on the path of acquisition and development of specialized Nursing competencies during the internship. The purpose of the internship was to know, analyze and reflect on a problem of practice of care of the critically ill patient, corroborated by the literature. Thus, it was possible to define strategies to achieve the goals related to the development of the Master of Nursing's competencies and specialized competencies in the area of the critically ill patient, to achieve a better level of proficiency or expert, according to the Dreyfus Model indicated by Benner (2001).

It was possible to identify a problem – Safety in the handover of the critically ill patient – based on scientific evidence and on the theoretical framework of Afaf Meleis, the Theory of Transitions. The evidence shows that communication failures are the main causes of adverse health events, whereas 70% of these events occur during the transition of care and in 50% of the cases there is no effective communication between health professionals, in order to ensure the continuity of care (DGS, 2017). Nurses are the key to the identification and understanding of transition phenomena, being able to act as facilitating elements of the process. Thus, the transmission of information in the handover of nursing care, through effective communication, is fundamental in the characterization of the situation, as well as in the definition of the care to be provided to the patient. A safe handover is a facilitating condition in the course of the transitional health-disease process experienced by the critically ill patient.

The experiences lived in the context of internship enabled the development of proficient/expert level competences in the area of specialized critical care patient, in particular in the safety of the critically ill patient in the handover. This is a continuous process in time, but essential for personal and professional evolution, seeking to achieve expertise and ensuring the quality of Nursing care.

Keywords: Competences; Critical care patient/Critically ill patient; Handoff; Handover; Nursing Interventions; Patient safety.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	12
1.1 – A transição de cuidados	12
1.2 – A segurança na transição de cuidados	14
1.3 – A transição de cuidados da Pessoa em Situação Crítica	16
1.4 – Estratégias para a segurança na transição de cuidado	18
2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	22
2.1 – Análise das atividades e competências desenvolvidas na Unidade de Cuidados Intensivos	24
2.1.1 – Caracterização do campo de Estágio	24
2.1.2 – Objetivos e análise de competências	26
2.2 – Análise das atividades e competências desenvolvidas no Serviço de Urgência	35
2.2.1 – Caracterização do campo de Estágio	35
2.2.2 – Objetivos e análise de competências	39
CONSIDERAÇÕES FINAIS	50

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APÊNDICES

Apêndice I – Revisão Integrativa da Literatura

Apêndice II – Objetivos de Estágio para a UCIP

Apêndice III – Objetivos de Estágio para o SU

ANEXOS

Anexo I – Metodologia ISABAR

Anexo II – Instrumento para passagem de ocorrência do enfermeiro responsável de turno na UCIP

Anexo III – Instrumento para passagem de ocorrências entre os enfermeiros da UCIP

Anexo IV – Instrumento para a transferência de doentes da UCIP

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização Pessoa em Situação Crítica (CMEPSC), da ESEL, que integra no seu plano de estudos a Unidade Curricular (UC) de Estágio com Relatório. Desta forma, este Relatório de Estágio pretende integrar a avaliação da UC bem como conferir o título de mestre, após discussão pública do mesmo.

Este Relatório pretende assim refletir sobre as experiências vividas em contexto de Estágio, descrevendo as atividades realizadas, analisando os aspetos positivos e negativos do ocorrido e refletindo sobre o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem, em diferentes contextos de cuidados à PSC. Para tal, foi utilizada uma metodologia reflexiva, onde se descrevem e analisam as atividades desenvolvidas em Estágio, que vem dar continuidade ao caminho percorrido anteriormente ao longo do CMEPSC, com a concretização do Projeto de Estágio.

O Projeto foi uma ferramenta construída no semestre anterior ao Estágio e que pretendeu planificar o percurso a realizar. Esta metodologia é constituída por cinco etapas: 1 – diagnóstico de situação; 2 – definição de objetivos; 3 – planeamento; 4 – execução e avaliação; 5 – divulgação de resultados (Ferrito, 2010). O presente Relatório relembra as primeiras etapas, mas tem foco nas duas últimas, ou seja, a execução/avaliação e a divulgação de resultados. Desta forma, pretende dar resposta ao definido pelo nº 1, alínea b) do artigo 20º do decreto-lei 74/2006 de 24 de março (p.2248), que é:

Uma dissertação de natureza científica ou um trabalho de projeto, originais e especialmente realizados para este fim, ou um estágio de natureza profissional objeto de relatório final, consoante os objetivos específicos visados, nos termos que sejam fixados pelas respetivas normas regulamentares, a que corresponde um mínimo de 35% do total dos créditos do ciclo de estudos.

Para isso, foi proposto pela equipa pedagógica um total de 750 horas de Estágio, sendo 500 horas desenvolvidas em contexto clínico, 25 horas de orientação tutorial e 225 horas de trabalho autónomo. Desta forma, foi possível elaborar todo o percurso para alcançar e desenvolver competências do CMEPSC (ESEL, 2010);

adquirir as competências para o 2º ciclo de estudos, segundo os descritores de Dublin, que se pretendem alcançar para obter o grau de Mestre (Decreto-Lei nº 115/2013, 2013) e também desenvolver as competências especializadas em PSC, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010).

O objetivo do Estágio foi conhecer, analisar e refletir sobre uma problemática identificada na prática dos cuidados à PSC, corroborada pela literatura, e desta forma definir estratégias para atingir os objetivos referentes ao desenvolvimento de competências, para alcançar um melhor nível de proficiência ou perito, segundo o Modelo de Dreyfus nomeado por Benner (2001).

O tema escolhido foi “A segurança da PSC na transição de cuidados” e a sua escolha foi fundamentada através da minha experiência profissional, devido ao meu envolvimento num projeto de serviço para a melhoria contínua dos cuidados de Enfermagem nesta área. A escolha do tema foi também motivada pela sua transversalidade e utilidade na prática de Enfermagem, visto que existe uma responsabilização do enfermeiro pela continuidade de cuidados ao doente em ambiente hospitalar e a transição é um momento em que prevalece a autonomia profissional. Para além disso, a evidência demonstra que as falhas na comunicação são das principais causas de eventos adversos na saúde, a nível internacional, sendo que 70% destes eventos ocorre durante a transição de cuidados¹. Em Portugal, um estudo de 2012 verificou que em 50% dos casos não existia uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde, de forma a garantir a continuidade dos cuidados (DGS, 2017). Tem particular enfoque na PSC, devido a essa responsabilidade ter um maior impacto, devido à instabilidade e compromisso de funções vitais em ambientes complexos, como o Serviço de Urgência (SU) e a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).

De acordo com a Teoria de Meleis, a PSC encontra-se a vivenciar um complexo processo de transição, nomeadamente uma transição saúde-doente, situacional, de desenvolvimento e possivelmente até organizacional. As condições para a transição implicam vários fatores que irão influenciar a sua experiência pessoal, nomeadamente as condições facilitadoras ou inibidoras da transição, podendo ser condições

¹ A transição de cuidados de saúde diz respeito a todos os momentos em que se verifica a transferência de responsabilidade e de informação entre prestadores de cuidados de saúde, com o intuito de assegurar a continuidade e segurança dos mesmos (DGS, 2017).

personais, comunitárias e sociais (Santos et al., 2015; Meleis et al., 2000). Desta forma, sabe-se que os significados, crenças, atitudes culturais, nível socioeconómico, preparação e conhecimento pessoal da PSC influenciam diretamente o processo de transição, mas que uma intervenção terapêutica de Enfermagem neste processo, pode ser facilitador do mesmo.

A comunicação eficaz exige conhecimento e competência. “O profissional de saúde deve saber quando falar, o que dizer e como dizer” de forma a potenciar a segurança do doente e contribuir para a diminuição dos eventos adversos (DGS, 2017, p. 5). Desta forma, num percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, faz sentido aprofundar este assunto, sendo fundamental uma prática baseada na evidência (PBE) da qual advêm *outcomes* positivos para o doente e uma ação facilitadora no processo de transição. Assim, é possível garantir a segurança da PSC, dependendo da qualidade dos cuidados de Enfermagem, no contexto específico de situação crítica.

Como objetivo final do Estágio, pretendeu-se desenvolver um conhecimento aprofundado nesta temática específica, demonstrando capacidade de reflexão, julgamento clínico e tomada de decisão (OE, 2010). Isto porque, estas são competências atribuídas ao enfermeiro especialista em PSC, sendo capaz de mobilizar o seu conhecimento no contexto da prática, permitindo-lhe prestar cuidados de Enfermagem altamente qualificados (OE, 2011).

Benner (2001) associa o conceito de competência a práticas competentes, referindo-se aos cuidados de Enfermagem desempenhados em situações reais. Por isso, foram fundamentais as intervenções experienciadas ao longo do Estágio, nos momentos de transição de cuidados, que permitiram enaltecer a competência necessária para garantir a segurança da PSC naquele contexto.

Seguidamente tem lugar o capítulo 1 - Enquadramento teórico, dividido em subcapítulos onde se inclui a pesquisa bibliográfica para uma melhor exploração do tema e diagnóstico de situação. Posteriormente segue-se o capítulo 2 – Percurso de desenvolvimento de competências, no qual é realizada a análise das atividades e competências desenvolvidas nos diferentes campos de estágio, bem como a caracterização dos mesmos. Por fim, surgem as considerações finais e referências bibliográficas.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Em seguida é feita uma exploração teórica da temática em estudo, pretendendo-se assim conhecer/descrever/analisar de que forma a informação transmitida durante a transição de cuidados influencia a segurança da PSC e contribui para variações na continuidade dos cuidados. Desta forma, foi inicialmente realizado um diagnóstico de situação através da pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas com recurso aos descritores concordantes com o tema. Por este motivo, foi elaborada a Revisão Integrativa da Literatura (RIL) como suporte teórico para uma prática baseada na evidência, que se encontra no Apêndice I.

O presente capítulo inicia-se com uma primeira abordagem à transição de cuidados, estreitando depois para a segurança na transição de cuidados, seguida das particularidades da transição de cuidados da PSC, e por último, as estratégias e intervenções de Enfermagem na segurança da PSC na transição de cuidados.

1.1 – A transição de cuidados

A transição de cuidados de saúde é um processo constante e desde sempre inerente aos cuidados de Enfermagem, que são assegurados em continuidade no contexto hospitalar. Acontece na admissão aos serviços de saúde, nas mudanças de turno, na transferência intra-hospitalar e inter-hospitalar, e na alta. Esta implica uma responsabilização profissional pela informação que assegura a continuidade dos cuidados e a segurança do doente (DGS, 2017).

Os conceitos na língua inglesa que surgem na evidência científica para fazer referência à transição de cuidados são *handoff* e *handover*, que podem ser traduzidos como “passagem, transmissão, transferência” no dicionário de língua portuguesa. Segundo Pires (2014), *Handover* é definido como um momento de transição na prestação de cuidados, transferência de responsabilidade entre profissionais de saúde e transmissão de informação sobre alguns ou todos os aspetos relacionados com o atendimento de um ou mais clientes, para uma outra pessoa, ou grupo profissional, de forma temporária ou permanente. Colvin, Eisen e Gong (2016), referem o *Handoff* como o atendimento contínuo de 24 horas em que o prestador de cuidados que se

segue aceita a total responsabilidade do cuidado ao doente. Assim sendo, *Handoff* e *Handover* são sinónimos, definidos por vários autores, com o mesmo desígnio.

A transição de cuidados representa assim uma transição do doente que pode ser analisada à luz da *Teoria de Médio Alcance das Transições* de Afaf Meleis. De acordo com Meleis (1991), a pessoa deve ser vista como um indivíduo com necessidades próprias que se encontra em constante interação com o meio ambiente e com capacidade para se adaptar às mudanças. Quando a pessoa experimenta uma situação de doença ou vulnerabilidade está sujeita a um desequilíbrio que fomenta a existência de uma transição. Segundo Hesbeen (2000) citado por Morais (2012, p.43) “a pessoa não se define pelo local onde se encontra, mas sim por si próprio”, desta forma, os cuidados dirigidos à pessoa a vivenciar processos críticos de saúde-doença, com possível falência orgânica e risco de vida, devem também ter como objetivo a promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social (Morais, 2012).

A Enfermagem centraliza o seu cuidado nas respostas humanas às transições decorrentes de eventos que resultam de processos de saúde-doença e/ou com processos de vida. Para além disso, os enfermeiros antecipam, avaliam, diagnosticam, lidam e ajudam a lidar com as mudanças, promovendo o melhor nível de autonomia e bem-estar possível (Chick & Meleis, 1986 citado por Brito, 2012).

A PSC experiencia processos de transição saúde-doença que, pelo seu potencial de instabilidade, reivindicam fortemente a intervenção rápida e eficaz dos enfermeiros (Morais, 2012). Os cuidados de Enfermagem à PSC, além de permitirem manter as funções vitais, prevenir complicações e limitar incapacidades (OE, 2010), facilitam ou dificultam os processos individuais para a satisfação das necessidades de autocuidado e de adaptação eficazes, com vista ao bem-estar do doente (Meleis, 1991 citado por Brito, 2012). Para Meleis et al. (2010), os enfermeiros são os principais facilitadores no processo de transição por intervirem diretamente nas implicações de uma situação crítica do quotidiano do doente/família. Assim sendo, uma transição de cuidados segura pode contribuir como uma intervenção de Enfermagem facilitadora do processo de transição e influenciar os padrões de resposta do doente ao mesmo, independentemente da natureza da transição.

1.2– A segurança na transição de cuidados

A transição de cuidados é um momento crítico para a segurança do doente pois a sua complexidade envolve um maior risco de erro na transferência de informação (DGS, 2017). Segundo o *International Council of Nurses* (ICN), a segurança dos doentes é prioritária nos cuidados de saúde e resulta de “uma combinação complexa de processos, tecnologias e interações humanas (...)” (OE, 2007, p.14). Estas interações são suscetíveis a falhas que podem comprometer a segurança sendo que a maioria dos erros nos cuidados de saúde resultam das interações humanas. O estudo de Zinn (1995) mostrou que 11% das mortes evitáveis em ambiente hospitalar estão relacionadas com problemas de comunicação e apenas 6% são devidas aos níveis inadequados de competências dos profissionais (Kowitlawakul et al., 2015). Desta forma, confirma-se que a comunicação dos profissionais é essencial para a segurança do doente (Birmingham, Blegen & Lyndon, 2015).

O *Handoff* em Enfermagem está sujeito a uma ampla variabilidade, quanto ao método utilizado, mas também quanto ao tipo de informação que é entregue. A evidência mostra que o processo de transição de cuidados é complexo, composto por interações sociais influenciadas pelo contexto e pela cultura organizacional onde ocorrem. Por este motivo, as informações transferidas podem ser aleatórias e variáveis, inconsistentes, incongruentes, imprecisas ou ausentes (Holly & Poletick, 2013).

Assim, transferências imprecisas, mal interpretadas, omitidas, incompletas ou tendenciosas podem levar a uma falha em reconhecer e evitar graves danos ao doente (Stople & Ottani 2006 citado por Holly & Poletick, 2013). Para além disso, também as interrupções frequentes do momento de *Handoff*, a falta de envolvimento do doente, atrasos ou inícios antecipados da transição, ruído e limites de tempo impostos demonstram comprometer a segurança e a continuidade dos cuidados (Brás & Ferreira, 2016). As transferências ineficazes podem levar a um tratamento errado, atrasos no diagnóstico, eventos adversos graves, insatisfação do doente, aumento de custo e maior tempo de internamento (Bomba & Prakash, 2005, *Australian Council for Safety and Quality in Health Care*, 2005, Perry, 2004 citado por Holly & Poletick, 2013).

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 à diminuição da mortalidade (DGS, 2017). Durante o *Handoff*, informações de qualidade permitem que os enfermeiros reconheçam rapidamente mudanças no estado do doente e antecipem os riscos, promovendo assim a segurança. Investir em boas práticas e ambientes ideais de transição beneficia tanto enfermeiros como doentes, visto que estes são mais propensos a ter e utilizar os recursos que promovem a segurança (Birmingham, Blegen & Lyndon, 2015).

A segurança é essencial para a confiança no sistema de saúde e foi neste sentido que o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 (extensão até 2020) implementou o Plano Nacional de Segurança dos Doentes (PNSD) 2015-2020 com o intuito de combater fatores que contribuem para a ocorrência de incidentes associados à prestação de cuidados de saúde. Destes incidentes, embora raros, resultam consequências nefastas com repercussão humana, física e emocional, nos doentes, suas famílias e dos profissionais de saúde. Sendo que, de acordo com o PNSD, “a causa destes incidentes de segurança raramente está associada à falta de competência técnica dos profissionais, mas ligada a defeitos de organização, de coordenação ou de comunicação (...)” (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015, p. 3882-2).

A comunicação é um pilar essencial para a segurança do doente, mais evidenciada na transferência de responsabilidade da prestação de cuidados de saúde, como é o caso das transições de cuidados, como as mudanças de turno e as transferências intra ou inter-hospitalares. Deste modo, as instituições de saúde são responsáveis por implementar procedimentos normalizados para assegurar uma comunicação precisa e atempada de informações entre os profissionais, evitando lacunas na comunicação, que podem causar quebras graves na continuidade de cuidados e segurança do doente. É neste âmbito que se insere um dos objetivos estratégicos do PNSD: aumentar a segurança da comunicação (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015).

A segurança na transição de cuidados é um tema atual e em discussão por várias instituições e organizações de saúde pois está diretamente relacionada com *outcomes* essenciais mensuráveis para a prática e disciplina de Enfermagem, como a qualidade e a segurança dos cuidados. Neste sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2005) criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, identificando seis áreas de atuação, entre elas, o desenvolvimento de *Soluções para*

a *Segurança do Paciente*. Nesse mesmo ano, a *Joint Commission International* (JCI) foi designada como centro colaborador da OMS, estabelecendo seis Metas Internacionais de Segurança com o objetivo de promover a melhoria específica em áreas problemáticas de prestação de cuidados, sendo que entre elas se encontra: a melhoria da comunicação entre profissionais (Peralta, 2012).

O PNSD propõe intervenções específicas para aumentar a segurança do doente na transição de cuidados, tais como: realizar auditorias internas à transferência de informação nas transições, transferências e altas dos doentes; integrar os sistemas informáticos internos das instituições prestadoras de cuidados de saúde; assegurar a intercomunicação dos sistemas informáticos entre as várias instituições prestadoras de cuidados de saúde; e publicar uma norma sobre procedimentos seguros na transição de cuidados. Para isso, os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) procuram desenvolver a partilha segura de dados entre os sistemas eletrónicos de informação entre diferentes instituições de saúde, mas, também, entre serviços da mesma instituição ou profissionais do mesmo serviço. Isto porque uma das metas para 2020 é que “90% dos sistemas informáticos dos Serviços de Urgência e dos Serviços de Internamento das instituições hospitalares intercomuniquem” com a finalidade de minimizar o risco de falhas de comunicação resultantes da transição de cuidados (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015, p. 3882-4).

1.3– A transição de cuidados da Pessoa em Situação Crítica

A PSC é definida pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos numa perspetiva biomédica como “aquela que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência depende de meios avançados de monitorização e terapêutica” (SPCI, 2008, p.9). A OE acrescenta que PSC “é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2010, p.1). Tendo em conta estas particularidades, a PSC exige por parte dos profissionais de saúde uma intervenção especializada, no sentido de promover a sua segurança durante o processo de transição de cuidados.

As transferências de doentes são altamente variáveis e propensas a erros, sendo reconhecidas como um grande desafio nos cuidados de saúde. A PSC é

particularmente vulnerável devido à sua história clínica complexa e natureza da sua condição e ao longo dos anos tem aumentado o número de transferências destes doentes, pelo que a otimização deste processo é imprescindível para a segurança dos mesmos (Colvin, Eisen & Gong, 2016).

Um estudo realizado numa UCI revela que devido à complexidade do ambiente existe uma grande priorização das intervenções técnicas em detrimento do tempo para a transição de cuidados. Para além disso, os enfermeiros são os profissionais que despendem mais tempo no momento de *Handoff*. Verificou-se que quanto mais prolongado o tempo de transição, maior a suscetibilidade a que a transição de cuidados seja interrompida ou existam distrações. Estas distrações podem levar a uma falha de comunicação entre os prestadores de cuidados, que por sua vez, compromete a segurança do doente (Kowitlawakul et al., 2015).

A PSC passa por um processo de transição de saúde-doença, onde impera a necessidade de gestão constante do plano de cuidados e, uma transmissão pormenorizada de informação clínica. Esta transmissão pode ser influenciada pelo valor atribuído à informação que é partilhada entre os diferentes contextos onde se inclui a PSC. Deste modo, são considerados fatores como o tempo de acesso à informação, a disponibilização da mesma e a sua interpretação adequada como aspetos essenciais na rápida e eficaz tomada de decisão, gestão e continuidade de cuidados (Manuel & Azevedo, 2012 citado por Bento, 2015). Por esta razão, uma transição de cuidados inadequada implica riscos significativos para os profissionais, para as organizações e para os doentes. Desta forma, é imprescindível a existência de diretrizes ou listas de verificação que orientem os enfermeiros no momento das transferências e fornecimento de informações detalhadas durante a transição (Perry, 2004 citado por Bento, 2015). A existência de diretrizes permite que quem recebe a informação tenha uma representação mais clara e precisa do plano de cuidados a implementar e direcione a sua atuação, de acordo com a urgência de prioridades identificadas (Adamski, 2007 citado por Bento, 2015).

1.4– Estratégias para a segurança na transição de cuidados

A transição de cuidados é um momento em que a intervenção de Enfermagem, quando bem executada, se torna eficaz pois: previne eventos adversos; promove a segurança do cliente; promove a continuidade dos cuidados; melhora a comunicação; melhora o trabalho em equipa; confere maior disponibilidade para a prestação de cuidados e ensinamentos realizados ao cliente; e ainda, melhora o desempenho profissional (Pires, 2014).

A OMS e a JCI recomendaram a criação de um documento que possa ser usado como uma ferramenta para comunicação durante a transição de cuidados (Kowitlawakul et al., 2015). Da mesma forma, a JCI *National Patient Safety Goals* recomenda que as instituições hospitalares devam implementar um sistema padronizado para a comunicação nas transferências dos doentes de forma a minimizarem a possibilidade de ocorrências de eventos adversos (Santos & Ferrão, 2015). Torna-se assim premente criar ferramentas de comunicação para padronizar a informação a transmitir para a produção de uma transição estruturada, que possibilita tornar os cuidados de saúde mais seguros tanto para doentes como para profissionais (Brás & Ferreira, 2016).

Wong et al. (2008) citado por Kowitlawakul et al. (2015) verificaram que a utilização de ferramentas eletrónicas, tais como dispositivos portáteis, potencia as informações transferidas entre enfermeiros e pessoal médico. Gonzalo et al. (2014) citado por Kowitlawakul et al. (2015) descobriram que o uso de um sistema eletrónico entre transferências de unidade, com comunicação verbal opcional, foi percebido como igualmente seguro e mais eficiente do que apenas a transição verbal. Contudo, o uso da tecnologia durante a transição requer mais evidência.

O *Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America* (2001) recomenda que a tecnologia da informação seja utilizada para agilizar e padronizar a transferência de informações de doentes. Ou seja, a criação de *softwares* de transferência garante a padronização e simplifica o processo de transferência, conduzindo a uma comunicação aprimorada e melhores *outcomes* para o doente (Holly & Poletick, 2013).

Vários estudos mostraram que a utilização de listas de verificação melhora a qualidade dos cuidados e segurança dos doentes. Mnemónicas e técnicas de *briefing*

de situação, como a metodologia SBAR² foram recomendadas como um quadro de comunicação padrão para a transição de cuidados (Kowitlawakul et al., 2015). Cornell et al. (2013) citado por Kowitlawakul et al. (2015) refere que a utilização do SBAR ajudou os enfermeiros a reduzir o tempo despendido nas transferências. No entanto, Hilligoss & Moffatt-Bruce (2014) citado por Kowitlawakul et al. (2015) argumentaram que listas de verificação e mnemónicas podem levar ao esquecimento de detalhes específicos que comprometem uma compreensão holística do doente. Por exemplo, as preocupações do doente e família podem ser excluídas. Envolver o doente e a família no processo de cuidados é um aspeto importante da prestação dos mesmos para garantir a continuidade do tratamento. Isto porque a PSC está também envolvida num processo de transição situacional, relacionado com a mudança de papéis no contexto familiar em que a pessoa está envolvida (Santos et al., 2015). Esta limitação tem de ser considerada no desenvolvimento de listas de verificação (Wilson, 2011 citado por Kowitlawakul et al., 2015).

O uso de uma ferramenta de orientação escrita, como SBAR, estimula a memória dos enfermeiros, garantindo a avaliação imediata de questões prioritárias, oferecendo vários modos de comunicação (verbal, escrita, tecnológica) para envolver os usuários em vários estilos de comunicação (Holly & Poletick, 2013).

No sentido de promover uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde na transição de cuidados, a DGS (2017) elaborou a norma 001/2017, numa parceria com a OE e a Ordem dos Médicos. Esta norma refere que a transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas profissionais, para segurança do doente devendo ser normalizada utilizando a metodologia ISBAR³ (Anexo I) em todos os níveis de prestação de cuidados que envolva a transição dos mesmos (DGS, 2017).

² SBAR é um método estruturado para comunicação que foi concebido para acelerar a comunicação interdisciplinar e a criação de uma estrutura de informação comum (Kowitlawakul et al., 2015). É também descrito pela JCI como uma poderosa ferramenta que é utilizada para melhorar a eficácia da comunicação entre indivíduos, com o intuito de transmitir uma mensagem completa. (https://www.jointcommission.org/at_home_with_the_joint_commission/sbar_%e2%80%93_a_powerful_tool_to_help_improve_communication/).

³ ISBAR é uma ferramenta de padronização da comunicação entre profissionais de saúde reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados (DGS, 2017). Descrição pormenorizada em ANEXO I.

A transmissão de informação entre os profissionais de saúde deve ser oportuna, precisa, completa e sem ambiguidades para uma melhor compreensão pelo recetor. Por isso, a informação nas transições deve ser escrita, devendo ser garantida a clareza e a legibilidade da informação. No caso particular das mudanças de turno ou de outra transição de cuidados de saúde, em que a transmissão de informação assume a forma oral, esta deve também ser realizada utilizando a referida mnemónica, sem interrupções (DGS, 2017).

Uma mnemónica constitui um auxiliar de memória que permite através de formas simples, memorizar construções complexas, para serem utilizadas na transmissão verbal. Esta metodologia é recomendada por várias organizações de saúde devido à sua fácil memorização pelos profissionais e pela possibilidade de replicação em diferentes contextos da prestação de cuidados. Para além disso, esta é uma estratégia de compreensão de informação clínica, recorrendo a uma metodologia simples, flexível, concisa e clara que contribui para a rápida tomada de decisões, promove pensamento crítico, diminui o tempo na transferência de informação e promove a rápida integração dos novos profissionais (DGS, 2017).

A padronização do *Handoff* tem potencial para melhorar a qualidade e segurança nos cuidados ao doente. Contudo, o momento de transição de cuidados é um processo individual de cada enfermeiro, pelo que vários fatores individuais podem tornar a obsessão pela procura de uma padronização da transição um processo complicado (Holly & Poletick, 2013).

A evidência mostra que a transição de cuidados é complexa e dependente de fatores individuais, sociais e culturais, bem como do próprio contexto de cuidados. A passagem de turno constitui uma oportunidade para os enfermeiros transmitirem informações clínicas, mas também as suas preocupações pessoais sobre o doente, usando as suas próprias palavras. Durante a transferência, os enfermeiros decidem que informação é importante para ser transmitida e frequentemente retransmitem informações que podem estar fora do registo, ainda que importantes, para o cuidado individualizado do doente (Holly & Poletick, 2013).

A qualidade das informações transmitidas durante a transferência depende assim da competência dos profissionais e coesão da equipa, na escolha do método e no seu tempo. De acordo com os estudos de revisão obtidos na revisão integrativa da literatura de Brás & Ferreira (2016), uma transferência efetiva permite a promoção

da segurança do doente, a continuidade dos cuidados, melhora a comunicação, fomenta o trabalho em equipa e melhora o desempenho profissional (Brás & Ferreira, 2016).

Uma revisão sistemática efetuada sobre a transferência de informações durante a transição de cuidados de Enfermagem, concluiu que os enfermeiros agem como “guardiões” e influenciam a prestação de cuidados ao doente. Ou seja, o enfermeiro é aquele que toma a decisão sobre a informação que é entregue na transição de cuidados (Holly & Poletick, 2013).

Em síntese, o *Handoff* está sujeito a uma grande variabilidade de métodos e de tipo de informação transferida, mas é sempre resultado da tomada de decisão profissional para a continuidade de cuidados, influenciando a segurança dos doentes (Holly & Poletick, 2013).

2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A competência é a capacidade de integrar um leque de conhecimentos com a intenção de encontrar a melhor resposta para solucionar um determinado problema (Fleury & Fleury, 2001). Contudo, a competência profissional pode ser entendida como a aptidão para exercer uma intervenção prática, numa determinada situação profissional, através da mobilização de um conjunto de conhecimentos, comportamentos, atitudes e capacidades (Carvalho, 2003 citado por Bento, 2015). Boterf (1997) citado em Hesbeen (2001) citado por Bento (2015), refere também que a competência apresenta uma configuração triangular e aponta para uma ação, em que os seus três vértices combinam: o saber agir, o poder agir e o querer agir. Os aspetos definidos demonstram a importância da relação entre os conhecimentos técnicos e científicos, a influência do contexto organizacional, bem como os recursos disponíveis e a motivação interna de cada profissional para prestar cuidados, sentindo-se reconhecido pelo seu desempenho (Bento, 2015).

Benner (2001) utiliza o Modelo de *Dreyfus* para descrever o processo de aquisição e desenvolvimento de uma competência em cinco níveis sucessivos de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. No entanto, Hesbeen (2001, p.73) citado por Bento (2015) refere que na “prática de cuidados não se pode ser competente em todas as circunstâncias porque cada situação que se vive é única e tem a sua complexidade própria”, é por isso que o processo de aquisição de competências é contínuo ao longo do tempo.

As competências de Mestre em Enfermagem e as competências especializadas em cuidados à PSC preconizadas pelo CMEPSC, permitem alcançar o nível de perito. Para um perito, a sua ação é suportada no conhecimento, a partir da experiência e da sua compreensão empírica das situações. Este não se baseia apenas em princípios teóricos, regras ou linhas orientadoras para relacionar as situações com a sua ação, pelo que o seu desempenho é fluido, complexo e eficaz. Desta forma, um enfermeiro perito é aquele que baseia a sua prática na evidência, mobilizando os seus conhecimentos teóricos e experienciais, no sentido de promover os melhores cuidados, individualizados a cada pessoa e situação (Benner, 2001).

Relativamente à promoção da segurança da PSC na transição de cuidados, a OMS e o Conselho da União Europeia recomendam o desenvolvimento de planos de

formação graduada, pós-graduada e contínua, que potenciem a aprendizagem sobre a melhoria da cultura interna de segurança dos doentes (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015), pois é desta forma que se torna possível a existência de mais peritos nesta área.

Para alcançar o nível de perito da área da PSC, são definidas competências para o 2º ciclo de estudos, segundo os descritores de Dublin, para obter o grau de Mestre (Decreto-Lei nº 115/2013, 2013). Para além disso, o CMEPSC permite ainda desenvolver as competências da OE designadas para o enfermeiro especialista em PSC.

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (OE, 1996) o Enfermeiro Especialista é habilitado com um curso de especialização em que se reconhece a competência científica, técnica e humana para se prestar cuidados gerais e especializados na sua área de especialização. Ainda no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista encontramos esclarecido que o Enfermeiro Especialista demonstra “um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (OE, 2011, p.2). O enfermeiro especialista é definido como um profissional que detém conhecimentos aprofundados e apresenta elevado nível de julgamento clínico e tomada de decisão, demonstrando conhecimentos no domínio da responsabilidade ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e ainda no desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2011).

Nos seguintes subcapítulos serão caracterizados os locais onde decorreu o Estágio e referidas as atividades desenvolvidas nos diferentes contextos. Pretende-se assim analisar e refletir de que forma estas atividades contribuíram para a aquisição e desenvolvimento de competências de Mestre em Enfermagem, assim como enfermeiro especialista em PSC, pretendendo-se um “enquadramento regulador para a certificação de competências” (OE, 2011, p.8656) através de uma atitude reflexiva sobre a prática, assente na PBE.

2.1 – Análise das atividades e competências desenvolvidas na Unidade de Cuidados Intensivos

2.1.1 Caracterização do campo de Estágio

A primeira etapa do estágio ocorreu em contexto de UCI no período compreendido entre 30 de setembro até 22 de novembro de 2019.

A UCI selecionada corresponde a uma UCIP de um hospital central da região de Lisboa, que se insere na história da Medicina Intensiva em Portugal, tendo origem em 1976, sendo uma das mais antigas do país, ainda em funcionamento contínuo (Almeida, 2018).

Esta UCI tem a capacidade para abordar, de forma global, integrada e multidisciplinar, doentes complexos e graves, com uma visão integradora da PSC como um todo não fragmentado. Esta visão permite que o exercício da medicina intensiva se expanda para fora da UCIP, nomeadamente com a participação em equipas de emergência interna e de consultadoria a outros serviços do hospital (Almeida, 2018).

Relativamente aos recursos humanos, a UCIP possui um quadro próprio de 24 enfermeiros a tempo inteiro, incluindo um Enfermeiro Coordenador e um Enfermeiro Chefe. O rácio enfermeiro: cama de nível III é de 1:2, existindo elementos com a Especialidade em Reabilitação ou Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC). Possui ainda um quadro de 10 médicos, que asseguram a presença física 24 horas por dia, incluindo um Coordenador com a Especialidade de Medicina Intensiva. Os Assistentes Operacionais (AO) são 9 e o rácio assistente operacional: cama de nível III é de 1:4 no período manhã e tarde e de 1:8 no período da noite. Existe também um assistente administrativo (35h/semana) e restante equipa técnica multiprofissional com Fisioterapeuta (7 dias/semana), apoio de Técnico de Radiologia (24h/dia), Farmacêutico (em presença física das 8-19h, no restante em prevenção), Dietista/Nutricionista, Psicólogo e Técnico de Neurofisiologia (5 dias semana / se requisitado) (Almeida, 2018).

O espaço físico corresponde a uma área de internamento em espaço aberto, com um posto de vigilância centralizado, e 3 quartos de isolamento de pressão negativa com áudio e videovigilância, para além de outras áreas técnicas como

gabinetes, sala de espera, sala de reuniões, sala de pausa, armazéns, vestiários e instalações sanitárias (Almeida, 2018).

A lotação atual é de 8 camas de nível III. Tem capacidade para 11 camas, das quais 3 com isolamento e as restantes 8 camas em espaço aberto, com divisórias laterais, permitindo contacto visual e permanente vigilância. É objetivo da UCIP aumentar a lotação, a médio prazo, para 11 camas, com o acréscimo de 3 camas de nível II. As camas de nível III são destinadas a doentes com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais, potencialmente ameaçadoras da vida e, portanto, necessitando de duas ou mais formas de suporte orgânico; as camas de nível II (vulgarmente designadas de intermédias) devem ser destinadas a doentes que necessitam de monitorização invasiva e de suporte de apenas uma função orgânica, não requerendo ventilação mecânica invasiva (Almeida, 2018).

Todas as camas estão equipadas com ventilador invasivo/ não-invasivo, com monitorização contínua dos parâmetros ventilatórios; e monitores multiparâmetros, sendo o básico: Eletrocardiograma (ECG) contínuo, com gráfico de tendências, análise do segmento ST e de arritmias, oximetria de pulso, pressão arterial invasiva e pressão venosa central. A UCIP tem ainda capacidade de monitorização com módulos de: monitorização hemodinâmica (cateter Swan-Ganz® e cateter PiCCO® - *Pulse Contour Cardiac Output*), pressão intracraniana (PIC), *Near-infrared spectroscopy* (NIRS®), Índice Bispectral BIS® e calorimetria indireta. Existem também equipamento de: suporte renal contínuo, incluindo com uso de filtro PrismaLung® (para remoção de dióxido de carbono) e técnica MARS® - *Molecular Adsorbent Recirculating System* (para depuração hepática); Broncofibroscópio; Ecógrafo multifunções e equipamento de radiografia portátil. Para além disso, tem acesso a Endoscopia digestiva 24h/dia, Ecografia 12h/dia, Tomografia computadorizada 24h/dia e Eco-doppler transcraniano (variável). Outros meios, como a colocação de Pacemaker definitivo, Coronariografia e Ressonância Magnética são obtidas em colaboração com outros hospitais, pertencentes ao mesmo Centro Hospitalar (Almeida, 2018).

Para além das atividades assistenciais, um importante objetivo desta unidade, que se relaciona com a temática da segurança da PSC na transição de cuidados, é a execução de processos normalizados e frequentemente atualizados de passagem de turno, de forma a garantir o mínimo de perda de informação e o máximo de continuidade de cuidados. Para além disso, a UCIP pretende melhorar a qualidade

dos registos eletrónicos, com integração das diferentes plataformas, para que se reduza a duplicação dos registos (B-Simple® e SClinico®) sem perda da informação. É igualmente desejável que a informação essencial fique disponível na Plataforma de Dados de Saúde, sendo que o objetivo final será a eliminação de papel no hospital (Almeida, 2018).

A instituição hospitalar possui uma Comissão de Gestão de Risco, que identifica os potenciais riscos inerentes à prestação de cuidados de saúde, atribuindo-lhes uma classificação (risco baixo, moderado e elevado), analisando as causas e os efeitos e estipulando propostas de melhoria e monitorização dos mesmos. Desta forma, de acordo com a informação disponível no Manual da Qualidade dos Cuidados (2018), destaca-se o "risco de perda de informação na passagem de doentes", por ser inerente à temática em análise neste Relatório. O grau de risco é considerado "Moderado", sendo significativo para a qualidade dos cuidados prestados nesta instituição. Na análise causa-efeito, identificam-se como fatores de risco: falha na comunicação de comorbilidades, riscos particulares ou complicações do doente ou de procedimentos; e falha por omissão involuntária ou voluntária do doente, por situação de urgência ou por não se indagar acompanhantes ou outros profissionais de saúde; falha no envio de relatórios completos ou de exames complementares. Estas falhas podem ocorrer na admissão do doente, na passagem de turno dos profissionais, ou na alta (Almeida, 2018).

Como proposta de melhoria, sugere-se: a realização de relatórios de alta e transferência o mais possível completos e claros; comunicação pessoal direta chamando a atenção para os pontos críticos; registo da comunicação, quem, onde e quando, e eventualmente, a menção de um ou mais pontos críticos comunicados; disponibilidade de responder a dúvidas; disponibilidade de acesso ao processo digital e exames; e por fim, a implementação de auditoria às notas de transferência (Almeida, 2018).

2.1.2 – Objetivos e análise de competências

Para este estágio foram estipulados nove objetivos específicos (Apêndice II) que se inserem em dois principais objetivos: a aquisição de competências especializadas no cuidado à PSC e a aquisição de competências específicas na

implementação do tema de Projeto, sendo que ambos se interligam entre si. Para cada objetivo foram estipuladas as respetivas atividades para facilitar a posterior análise de cumprimento dos mesmos.

O primeiro objetivo foi identificar a existência de instrumentos ou estratégias para a transição de cuidados existentes na UCIP. Para tal, como atividades propôs-se observar a prática dos enfermeiros da UCIP e identificar instrumentos/procedimentos existentes no serviço para a transição e transferência de doentes. Através destas atividades foi possível assistir e utilizar as estratégias do serviço para a transição de cuidados, identificando a existência de documentos normativos: "*Procedimento nº1 - Transferência de doentes da UCIP para outro serviço*" (criado em 2004, revisto em 2014 e 2018); "*Procedimento nº5 - Comunicação oral e escrita em Enfermagem*" (criado em 2005, revisto em 2012); "*Passagem de turno da UCIP de acordo com a norma de orientação DGS 001/2017*" (criado em 2018), este último na forma de guia orientador para o procedimento diário de elaboração da folha de passagem de turno na UCIP, utilizando o programa informático BSimple®.

Para além disso, foram criados pela equipa de Enfermagem três instrumentos para a transição de cuidados nos diferentes momentos. O primeiro instrumento (Anexo II) é realizado pelo enfermeiro responsável de turno (enfermeiro chefe de equipa) e contém informação detalhada, mas resumida, de todos os doentes internados na UCIP. Este documento é informatizado e é atualizado em todos os turnos pelos enfermeiros responsáveis pelos doentes, sendo em cada turno impressa uma cópia do documento em papel pelo enfermeiro chefe de equipa. É desta forma que o enfermeiro chefe de equipa transmite as informações de todos os doentes à equipa que inicia o turno seguinte, decidindo a distribuição dos profissionais pelos doentes. O segundo instrumento (Anexo III) é utilizado para a transferência de responsabilidades direta entre o enfermeiro que transfere e o que recebe o doente. Trata-se de uma folha de papel para registo individual das intercorrências de um só doente, sendo de escrita livre, descartável no final do turno após a transmissão verbal ao enfermeiro do turno seguinte. E, por último, um instrumento para a transferência do doente (Anexo IV), com uma matriz com orientações de preenchimento, cuja informação é posteriormente transferida para a carta de transferência própria do sistema informático, está em modelo aberto de escrita livre. A utilização de

ferramentas como as referidas contribuem para uma transição de cuidados segura, como recomendado por diversos autores (Graan, Botti, Wood & Redley, 2015; Oliveira, et al., 2018), corroborada pelos resultados da RIL (Apêndice I).

O segundo objetivo foi identificar fatores facilitadores ou dificultadores de uma transição de cuidados segura. Este objetivo relaciona-se com a teoria de Enfermagem selecionada para este Relatório, pois, como já foi referido, o enfermeiro tem um papel importantíssimo, sendo o elemento facilitador no processo de transição da pessoa alvo de cuidados. Porém se realmente queremos assumir este papel temos de nos consciencializar que este processo transaccional é diferente em cada pessoa e só o entenderemos verdadeiramente se o olharmos na sua perspetiva, o que exige do enfermeiro um papel consciente de escuta e aceitação da experiência do outro (Santos et al, 2015). Só assim poderemos lidar com as experiências transicionais da PSC de modo a obter ganhos em saúde e segurança. Na abordagem das transições que a PSC vivencia, importa que os enfermeiros reconheçam e caracterizem a sua natureza, as condições que a facilitam e a inibem, e os padrões de resposta (Brito, 2012). Desta forma, podem ser implementadas intervenções terapêuticas. As terapêuticas de enfermagem são definidas como todas as ações intencionalmente implementadas para cuidar dos doentes, englobando intervenções e os objetivos de enfermagem (Brito, 2012). Ou seja, a transição de cuidados em segurança da PSC pode ser uma intervenção terapêutica à luz da Teoria das Transições de Meleis, pois podem facilitar ou dificultar um processo de transição saudável.

Para atingir o segundo objetivo, como atividades propôs-se recolher informação junto da equipa sobre a transição de cuidados de Enfermagem na UCIP através da observação do procedimento; e ainda a análise através de revisão bibliográfica da realidade da UCIP, analisando os instrumentos de transição de cuidados utilizados, comparando com as recomendações da evidência. Com a integração na equipa e utilização das estratégias vigentes para a transição de cuidados foi possível identificar fatores facilitadores para a transição de cuidados, nomeadamente a existência de uma reunião entre os enfermeiros no momento de passagem de turno, realizada numa sala própria, num ambiente calmo, onde é transmitida informação sobre todos os doentes internados. Esta medida permite reduzir as distrações ou interrupções frequentes. Durante este momento apenas está presente um enfermeiro do turno que termina e toda a equipa do turno que se inicia, mantendo-se os restantes em permanente

vigilância junto dos doentes, zelando assim pela sua segurança. Posteriormente existe outro momento de passagem de turno, em proximidade com a "cabeceira do doente", no qual apenas é recebida informação mais específica do(s) doente(s) atribuído(s), numa passagem 1:1 entre o enfermeiro que "passa" e o enfermeiro que "recebe" a responsabilidade de cuidados para esse turno. Esta intervenção contribui também para uma transição de cuidados segura, sugerem Graan, Botti, Wood & Redley, 2015. Durante estes procedimentos, são utilizados instrumentos estruturados, redigidos e armazenados informaticamente, existindo um fácil acesso a toda a informação sobre a situação clínica pessoal do doente. Apesar de estruturados, os instrumentos possibilitam a redação livre de intercorrências e recomendações, servindo de orientação normativa, mas não limitando a expressão de cada profissional. Embora a escrita livre possa ser considerada uma ameaça à segurança na transição de cuidados se não existir uma matriz orientadora, compreende-se a sua imprescindibilidade à compreensão da situação clínica do doente (Blaz, Doig, Cloyes & Stagers, 2016), pelo que também este aspeto se revelou facilitador de uma transição segura. Relativamente aos fatores dificultadores de uma transição de cuidados segura, e de acordo com o que se pode identificar na pesquisa bibliográfica por alguns autores, os instrumentos utilizados não obedecem a nenhuma mnemónica ou *check-list* que garanta que nenhuma informação importante é esquecida ou desvalorizada. Para além disso, no momento de transição 1:1 o instrumento utilizado é mais incompleto, sendo apenas registada informação relativa à situação atual e pontualmente alguma intercorrência anterior e/ou recomendações. Este é redigido manualmente, sendo toda a informação apenas transmitida verbalmente, o que pode incorrer em falhas de comunicação e entendimento entre quem transmite a informação verbal e quem ouve e transcreve manualmente para o documento. Contudo, este momento de transição serve de complemento à passagem de turno, visto o enfermeiro responsável já ter tido acesso a informação mais detalhada previamente.

O terceiro objetivo foi cuidar da PSC durante o processo de transição de cuidados, incluindo as diferentes transferências (passagem de turno, intra e/ou inter-hospitalar). Para tal, como atividades propôs-se integrar a equipa multidisciplinar da UCIP e participar nos cuidados à PSC em vários momentos da transição de cuidados, nomeadamente na admissão do doente na UCIP, transferência interna e transferência de responsabilidades entre enfermeiros (passagem de turno). Para este objetivo, foi

bem-sucedida a integração na equipa da UCIP, permitindo a participação nos momentos de passagem de turno já referidos, admissão de doentes provenientes de outros serviços ou transferidos de outras instituições, e também na transferência de doentes intra-hospitalar. Desta forma, foi possível desenvolver as competências de Mestre, segundo o plano de estudos da ESEL, nomeadamente cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica e gerir os cuidados, otimizando a eficiência da resposta da equipa de enfermagem e a articulação com a restante equipa multiprofissional (ESEL, 2010). Contudo, não se proporcionou a transferência de doentes para outra instituição, contudo esta limitação foi minimizada por ter sido conhecido o procedimento de transferência, semelhante ao de transferência intra-hospitalar.

O quarto objetivo foi assegurar a continuidade dos cuidados de Enfermagem através da comunicação eficaz e utilização de instrumentos, sistemas de informação ou outras estratégias que permitam garantir a segurança da PSC. Para tal, propôs-se como atividades utilizar os instrumentos de registo e sistemas de informação existentes na UCIP refletindo no impacto dos mesmos na segurança da PSC na transição de cuidados; e também, participar ativamente na transição de cuidados, transmitindo de forma eficaz informações que permitem assegurar em continuidade a segurança da PSC. Como já referido anteriormente, com a participação na prestação de cuidados foi permitida a comunicação e utilização dos meios para registos de Enfermagem, nos quais se incluem os instrumentos para a transição de cuidados identificados. O *feedback* da equipa de Enfermagem da UCIP foi positivo, considerando-se que a comunicação foi eficaz na procura de minimizar eventuais riscos para a segurança da PSC na transição de cuidados. A utilização dos instrumentos garante a fiabilidade da informação e a comunicação verbal permite a interação, diálogo e espaço de reflexão sobre as situações de cuidados, contribuindo para a partilha de experiências e desenvolvimento de aprendizagens. Desta forma, foi possível desenvolver outras competências que se atribuem ao grau de Mestre, tais como a mobilização para a prática dos conhecimentos teóricos resultantes da investigação (PBE) e ainda demonstrar um nível aprofundado de conhecimento na área da comunicação e transição de cuidados em Enfermagem, assim como consciência crítica para os problemas encontrados (ESEL, 2010).

O quinto objetivo foi refletir sobre o sentido da prática atual e representações

que os pares atribuem à relação entre a segurança da PSC e a sua transição de cuidados. Para tal, propôs-se como atividades realizar reflexões através do Jornal de Aprendizagem ou reflexões informais junto da equipa da UCIP sobre temas de interesse, nomeadamente na área de Projeto. Desta forma, foi realizado um Jornal de Aprendizagem, de acordo com o *Ciclo Reflexivo de Gibbs*, sobre uma situação de cuidados que incidiu sobre as temáticas da autodeterminação, decisões de fim de vida e distanásia. A seleção do tema foi determinada pelas frequentes questões éticas que se colocam particularmente em contexto de UCI, mas também por a situação em análise estar relacionada com problemas de comunicação que envolveram a transferência de um doente de outra instituição hospitalar, ou seja, relacionado com a transição de cuidados. Deste modo, foram desenvolvidas competências especializadas comuns, demonstrando uma tomada de decisão sobre questões éticas, participando na tomada de decisão em equipa; desenvolvimento de competências de respeito pelos direitos humanos e responsabilidade profissional, respeitando e agindo de acordo com o enquadramento legal, nomeadamente, o Código Deontológico de Enfermagem (OE, 2010a).

Para além disso, as reflexões informais aconteciam fluentemente, não só com a enfermeira orientadora, mas também com os restantes elementos da equipa multidisciplinar. Sendo a transição de cuidados em Enfermagem um elemento muito próprio da prática, cada elemento atribui um significado muito particular. Contudo, foi consensual que todos os profissionais reconhecem a importância do tema para a qualidade dos cuidados e segurança da PSC. Estas atividades em Estágio permitiram desenvolver a competência de reflexão sobre o sentido da prática atual no contexto da UCIP e representações que os outros enfermeiros atribuem à relação entre a segurança da PSC e a sua transição de cuidados (ESEL, 2010). Para além disso, permitiu desenvolver capacidade de lidar com questões complexas, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais, competências atribuídas ao grau de Mestre, uma vez que permitem desenvolver um pensamento complexo, emitir um juízo clínico fundamentado e capacidade de tomada de decisão em situações críticas (Decreto-Lei nº 115/2013, 2013).

O sexto objetivo foi demonstrar conhecimento próprio no cuidado à PSC e um nível aprofundado de conhecimento na área da comunicação e de cuidados de Enfermagem, assim como consciência crítica para os problemas encontrados. Para

tal, propôs-se como atividades participar na discussão de questões complexas que envolvam tomada de decisão, responsabilidades éticas e sociais nos cuidados à PSC; e ainda, divulgar o tema do Projeto, sempre que possível e/ou se justifique, e refletir em conjunto sobre os problemas das práticas atuais. Neste sentido, foi possível demonstrar o melhor possível o conhecimento nesta área, divulgando os resultados da RIL e outras referências bibliográficas consultadas. A equipa demonstrou interesse e colocou algumas dúvidas pertinentes que foram esclarecidas, contudo, por vezes com necessidade de adaptação à realidade do contexto. Por exemplo, no caso concreto da orientação da DGS (2017) para a mnemônica ISBAR, a indicação institucional para a sua efetividade mostrou-se complexa para a equipa, pelo que tiveram necessidade de se adaptar a outro instrumento para a transição de cuidados, que embora não identifique inequivocamente os itens que compõe o ISBAR, os mesmos podem ser encontrados no instrumento. Desta forma, foi encontrado o que a equipa considerou ser uma solução mais eficaz e que cumpre os princípios da segurança para a transição de cuidados. A satisfação deste objetivo permitiu saber aplicar os conhecimentos adquiridos, permitindo desenvolver a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionado com a temática em estudo (Decreto-Lei nº 115/2013, 2013).

O sétimo objetivo foi demonstrar autonomia e responsabilidade profissional junto dos pares, contribuindo para o bom funcionamento do serviço. Para tal, propôs-se como atividades integrar a equipa de Enfermagem da UCIP através do desenvolvimento de relações interpessoais que promovam o trabalho em equipa, e agir com responsabilidade ética e profissional para garantir a prestação de cuidados seguros e de qualidade. Assim sendo, foi possível integrar a equipa com um bom nível de relação entre os pares, permitindo desenvolver uma parceria na prestação de cuidados ao doente. Quer a enfermeira orientadora, quer a equipa, consideraram o Estágio como uma integração ao serviço, pelo que o sentido de autonomia evidenciou a capacidade de iniciativa própria para assumir responsabilidade profissional. Ou seja, a adaptabilidade à equipa e ao serviço foram promotores de desenvolvimento de competências mais específicas na área da PSC, visto que foram evidenciadas competências gerais, transversais no âmbito dos cuidados de Enfermagem. Deste modo foi possível adquirir conhecimentos e capacidade de compreensão sustentados

nos conhecimentos obtidos com o 1º ciclo de estudos (Licenciatura em Enfermagem), desenvolvendo-os e aprofundando-os como uma competência especializada de Mestre (Decreto-Lei nº 115/2013, 2013).

O oitavo objetivo foi gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos, através do diagnóstico antecipado de complicações, implementação de respostas de Enfermagem apropriadas às complicações e monitorização e avaliação da adequação das respostas aos problemas identificados. Para tal, propôs-se como atividades colaborar na admissão de doentes na UCIP identificando e planeando os cuidados necessários, registando em sistema próprio do serviço; e também, planear os cuidados de continuidade de acordo com a priorização e antecipação das necessidades dos doentes, otimizando tempo e recursos, assegurando a continuidade de cuidados através da transição eficaz. Analisando este objetivo, considera-se que ao longo do Estágio foi possível completar todas as atividades propostas. Foram admitidos doentes provenientes do bloco operatório (BO), Serviço de Angiografia, outros serviços do Hospital ou outras instituições. Após uma avaliação inicial do doente, através da instalação na unidade e estabilização hemodinâmica, se necessário, era consultada a informação clínica disponível e definido o plano de cuidados no sistema informático BSimple®, com diagnósticos e intervenções com horários predefinidos. Posteriormente era recolhida e selecionada informação para os instrumentos de transição de cuidados para garantir a continuidade de cuidados. Estas intervenções foram fundamentais para desenvolver capacidades para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções e emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta (Decreto-Lei nº 115/2013, 2013).

O nono, e último, objetivo foi prestar cuidados à PSC na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, através da identificação e resposta precoce a focos de instabilidade e execução de cuidados técnicos de alta complexidade. Para tal, propôs-se como atividades: monitorizar e vigiar a PSC, aplicando os conhecimentos teóricos, participar na realização de técnicas específicas, em colaboração com a equipa multidisciplinar da UCIP e utilizar os equipamentos existentes na UCIP que permitem a execução de cuidados complexos que têm em vista a recuperação ou manutenção das funções vitais. Este objetivo está intrinsecamente relacionado com a prestação de cuidados de Enfermagem na UCI, pois é inerente à constante vigilância e monitorização de todos os doentes. Aqui a

diferença é marcada pela situação clínica particular de cada doente, visto que, embora o indivíduo seja sempre considerado como um todo indissociável e todas as valências biológicas, psicológicas e sociais estejam afetadas, é necessário priorizar as intervenções. Desta forma, foi necessário mobilizar conhecimentos teóricos sobre anatomia, fisiopatologia e farmacologia para antecipar riscos de instabilidade e programar intervenções adequadas. Algumas áreas clínicas foram mesmo necessário explorar, uma vez que não faziam parte de conhecimentos já adquiridos, nomeadamente no âmbito do doente Neurocrítico e Cirurgia Vasculiar. Relativamente à utilização dos equipamentos, foi uma mais-valia a experiência prévia neste contexto, para além de que grande maioria dos equipamentos eram semelhantes aos já manipulados anteriormente noutros contextos. Por exemplo: o ventilador Servo I[®], os monitores cardíacos, o desfibrilhador do Carro de Urgência, o aparelho de monitorização do Índice Biespectral (BIS), as seringas e bombas infusoras, o aparelho de monitorização gasimétrica, o equipamento de Técnicas de Substituição da Função Renal (TSFR), entre outros materiais mais inespecíficos. Outros equipamentos utilizados que exigiram um maior investimento na aprendizagem foram a oxigenioterapia de Alto Fluxo, o cateter PICCO[®] e a TSFR com membrana de remoção de dióxido de carbono (PrismaLung[®]). Para estes, o conhecimento pesquisado na evidência científica mais atual e a experiência na manipulação dos equipamentos em conjunto com a enfermeira orientadora, permitiram assegurar a sua manipulação segura, contribuindo para o desenvolvimento de competências especializadas de cuidado à PSC através da “execução de cuidados técnicos de alta complexidade” (OE, 2011).

2.2– Análise das atividades e competências desenvolvidas no Serviço de Urgência

2.2.1 – Caracterização do campo de Estágio

A segunda etapa do estágio ocorreu em contexto de SU no período compreendido entre 25 de novembro de 2019 até 3 de fevereiro de 2020.

O SU selecionado corresponde a um SUG de um hospital periférico da região da grande Lisboa, inaugurado em 1958, dispõe atualmente de mais de 30 valências ao nível de internamento, Consulta Externa, Urgência, Hospital de Dia, Assistência Domiciliária e dispõe ainda da maioria dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT).

O SUG encontra-se no piso 1 do edifício estando integrado na Rede Nacional de Urgências Hospitalares como sendo um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, pelo que possui diversas valências médicas, a grande maioria delas com funcionamento durante 24 horas/dia. Todas as pessoas que necessitem de cuidados relacionados com outras especialidades médicas inexistentes no SUG são devidamente encaminhadas para outros Centros Hospitalares Polivalentes com proximidade geográfica que disponham das mesmas. Os serviços de Patologia clínica e imagiologia complementam o SUG, por forma a estar disponível a realização de análises clínicas e exames imagiológicos durante as 24 horas do dia. O SUG tem também alocada uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) desde abril de 2016, permitindo uma atuação na estabilização de doentes vítimas de doença súbita grave, assim como o acompanhamento médico durante o transporte para o Hospital.

A equipa de Enfermagem é constituída atualmente por 62 enfermeiros, sendo uma enfermeira chefe de serviço e um segundo elemento que desempenha funções de gestão, sendo ambos especialistas em EMC. A restante equipa encontra-se distribuída por 5 equipas de trabalho, cada uma com um chefe de equipa especialista em EMC, e para além destes existem mais 11 especialistas na equipa, 5 em EMC, 5 em Enfermagem de Reabilitação e 1 em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. A equipa tem elementos nas várias faixas etárias assim como de experiência profissional. Os rácios mínimos estabelecidos no serviço são de 13 enfermeiros no

turno da manhã para além da enfermeira chefe e o segundo elemento da equipa, 12 no turno da tarde e 10 no turno da noite. A equipa de AO é composta por 37 elementos, que trabalham à semelhança da equipa de enfermagem por turnos rotativos, e encontram-se também divididos em 5 equipas de trabalho. Existem também técnicos administrativos 24 horas, que exercem funções à entrada do SUG no que respeita à admissão dos doentes, e dispõe também de um técnico de Cardiopneumologia das 9h às 16h dos dias úteis para a realização de ECG e uma Assistente Social das 9h às 17h30m dos dias úteis. A equipa médica é formada por médicos das várias especialidades que repartem os seus horários pelos serviços de internamento e consultas, com exceção do diretor de serviço que exerce todo o seu horário no SUG.

Relativamente ao espaço físico, o SUG encontra-se dividido em duas áreas distintas, a área de ambulatório e a área de internamento. O primeiro contacto com o SUG é um procedimento administrativo, existindo dois assistentes que executam a inscrição para admissão do doente no serviço. Em seguida, são chamados por ordem de chegada ao gabinete de triagem, que é feita por um enfermeiro com recurso ao sistema de Triagem de Manchester. Em momentos de maior afluência ao serviço encontra-se disponível outro posto de triagem no gabinete para que 2 enfermeiros possam fazer triagem em simultâneo. Posteriormente à triagem, os doentes aguardam na sala de espera ou são encaminhados para dentro do serviço e aguardam junto aos gabinetes médicos. De entre estes gabinetes, 3 destinam-se ao balcão geral, 1 ao balcão de Medicina Interna, 1 ao balcão de Cirurgia e 1 ao balcão de Ortopedia. Afeto a estes gabinetes médicos encontram-se duas salas de tratamento para prestação de cuidados de Enfermagem e administração de terapêutica, uma para os doentes atendidos no Balcão Geral e de Medicina Interna e outro para os doentes atendidos no balcão de Cirurgia Geral e Ortopedia. Juntamente ao balcão de Cirurgia Geral e Ortopedia está uma sala de pequena cirurgia, onde se efetuam os procedimentos cirúrgicos que não carecem de BO que se encontra disponível 24 horas por dia, como é o exemplo da realização de suturas ou drenagens de abscessos. Ainda nesta área de ambulatório existe ainda uma sala onde são encaminhados os doentes com necessidade de aporte de oxigénio e terapêutica inalatória.

Para além da especialidade de Medicina Interna, Cirurgia Geral e Ortopedia, que funcionam 24 horas por dia, existe também atendimento a doentes da

especialidade de Psiquiatria das 8h às 20h, com um psiquiatra de chamada ao SUG quando necessário.

Contudo, podem existir situações em que o doente não é admitido primeiramente na Triagem, podendo nem sequer passar pela fase de admissão administrativa. Isto porque, em situação emergente de risco de vida iminente ou compromisso de funções vitais, o doente é admitido de imediato na Sala de Reanimação, localizada na entrada do SUG. Nesta sala são avaliados assim como estabilizados os doentes críticos, dispondo esta sala de capacidade para 2 doentes em simultâneo. A abordagem inicial é realizada pelo enfermeiro destacado para a Sala de Reanimação, o enfermeiro da Triagem que se desloca à sala e é ainda chamado um terceiro enfermeiro da área de internamento, através de uma campainha que também alerta o médico que está destacado para as emergências, mas que se encontra também ele na área de internamento. A primeira abordagem é realizada por um médico de Medicina Interna, mas que, de acordo com a situação, poderá solicitar na sala uma outra especialidade, nomeadamente Cirurgia Geral, Cardiologia ou um Técnico de Cardiopneumologia. Depois de estabilizado o doente poderá ser transferido para a sala de espera do ambulatório, para reavaliação posterior se a situação for estável, ou pode ser de imediato transferido para a área de internamento (ou ainda, transferido para outra instituição se requerer observação/intervenção de outra especialidade).

Existe ainda um gabinete de ECG, que funciona nos dias úteis das 9h às 16h, para os doentes que tenham necessidade de realização do referido exame, sendo o mesmo executado por um técnico de Cardiopneumologia. Os doentes com necessidade de exames imagiológicos ou análises clínicas são encaminhados ao respetivo serviço que se encontra fora do SUG. Na zona de ambulatório por norma estão destacados para além do chefe de equipa que coordena a equipa na zona de ambulatório e internamento, 6 enfermeiros na manhã e tarde e 4 na noite, sendo que 1 fica destacado para a triagem, 1 para a sala de Reanimação e que poderá dar apoio ao Balcão Geral, 2 no balcão de Medicina Interna e 2 no balcão de Cirurgia e Ortopedia (1 apenas na noite). Os registos na zona de ambulatório são efetuados em suporte informático na plataforma SIRIU®.

No que respeita à área de internamento, existe a Unidade de Internamento Polivalente de Agudos (UIPA) e o Serviço de Observação (SO). A UIPA é uma área

mais especializada para cuidados diferenciados, que está destinada a doentes instáveis com altos índices de gravidade ou complexidade e que necessitam de monitorização e vigilância permanente, pelo que dispõe de 8 camas, todas equipadas com aparelhos de monitorização contínua, dispondo de meios de ventilação não invasiva em todas e de ventilação mecânica invasiva em duas delas. A UIPA recebe maioritariamente doentes provenientes da sala de reanimação ou trauma, podendo também receber doentes de qualquer outra área da urgência ou dos vários serviços de internamento do hospital, sempre que a situação clínica do doente em questão se deteriore e faça aumentar o seu nível de instabilidade. O SO dispõe de 28 camas, para doentes em situação de doença aguda ou crónica na forma agudizada menos grave que a UIPA, onde são prestados cuidados diferenciados antes do encaminhamento para o serviço de internamento da especialidade mais apropriada, ou até um período máximo de 36 horas para estabilização e posterior alta. Contudo devido à sobrelotação dos serviços de internamento e à elevada afluência ao SUG de forma recorrente, os doentes permanecem nesta área mais tempo que o desejável, para além de que existe a necessidade de acomodação de mais doentes no SO, chegando a momentos críticos a haver taxas de ocupação superiores a 200%, onde os doentes para além das 28 vagas permanecem em macas sem possibilidade de monitorização ou aporte de oxigénio. Devido à habitual sobrelotação de doentes no SO, o mesmo dispõe de 5 enfermeiros na manhã, 4 durante a tarde e 3 durante a noite, para além dos 2 enfermeiros que estão sempre alocados na UIPA. A UIPA dispõe também sempre de um médico permanente e o SO tem disponível a equipa médica de Medicina Interna variável. No serviço de internamento o horário da visita é de 30 minutos diários, destinados à pessoa significativa, caso a condição clínica do doente e as condições do serviço o permitam, não se tratando de período de informação clínica, não obstante e caso a equipa médica ou de Enfermagem o entendam poder haver lugar a algumas informações clínicas. Os registos de Enfermagem na zona de internamento, quer na UIPA, quer no SO são efetuados ainda em formato de papel, contudo a equipa médica tem disponível o programa informático SClínico® onde pode colocar as informações médicas, assim como as prescrições de terapêutica e MCDT.

2.2.2 – Objetivos e análise de competências

Para este segundo estágio foram propostos dez objetivos específicos (Apêndice III) que se enquadram, à semelhança do estágio anterior, em dois principais objetivos: a aquisição de competências especializadas no cuidado à PSC e a aquisição de competências específicas na implementação do tema de Projeto. Para cada objetivo foram propostas atividades que se procuraram desenvolver ao longo do estágio com o intuito da aquisição das competências referidas.

O primeiro objetivo foi identificar a existência de instrumentos ou estratégias para a transição de cuidados existentes no SUG. Para tal, como atividades propôs-se observar a prática dos enfermeiros do SUG e identificar instrumentos/procedimentos existentes no serviço para a transição e transferência de doentes. Neste sentido, foi possível compreender uma dinâmica de transição de cuidados completamente diferente entre o SU e a UCI, pois no SUG existe um maior número de estratégias para a transição de cuidados dependendo da área do SU em que as mesmas ocorrem. Analisando a área de ambulatório (Balcões), é possível aceder à informação de todos os doentes através do sistema informático SIRIU®, contudo, nem todos os doentes admitidos no SU são encaminhados para os cuidados de Enfermagem. Apenas sobre os doentes que carecem de cuidados de Enfermagem são transitadas informações para os enfermeiros do turno seguinte escalados para o seu respetivo Balcão. Dependendo da situação e do profissional, visto não existir nenhum instrumento próprio para a transição de cuidados, a transição de cuidados dos doentes de ambulatório é realizada verbalmente com apoio do SIRIU® ou poderá ser escrito em papel um pequeno resumo da situação quando existe um grande número de doentes nesta área.

No que respeita aos doentes na área de internamento do SUG (SO e UIPA) existem dois momentos de transição de cuidados, mas que ocorrem em simultâneo. O primeiro momento é a transição de cuidados, vulgo passagem de turno, entre os enfermeiros prestadores de cuidados, que está dependente da distribuição destes profissionais pelos doentes internados até ao início do turno. Ou seja, os dois enfermeiros escalados para a UIPA apenas recebem informação sobre os 8 doentes desta Unidade, enquanto os restantes recebem informação do SO, sendo o rácio indefinido, dependente do número de doentes internados. O segundo momento de

transição de cuidados ocorre entre os enfermeiros chefes-de-equipa do turno que finda e do que se inicia. No SUG o enfermeiro chefe de equipa (1 por turno) desempenha funções de gestão, desde a gestão dos recursos humanos, realizando a distribuição dos enfermeiros e AO pelos diferentes sectores, gestão de materiais e terapêutica, através dos pedidos e reposição de fármacos nos diferentes sectores, assim como a gestão de doentes, através da identificação de todos os doentes internados respondendo a algumas necessidades específicas de cada um. Por isso, uma das funções destes enfermeiros chefes de equipa é transmitir e receber informações sobre todos os doentes internados, à cabeceira de cada um deles. Para tal, existe um instrumento próprio, atualizado informaticamente no final de cada turno, e em seguida impressos em papel, pelos enfermeiros chefes-de-equipa que são responsáveis pela gestão dos doentes internados. A existência deste instrumento tem por base documentação normativa do Hospital – Procedimento geral nº14 *Cuidados de Enfermagem: Comunicação eficaz na transição de cuidados*. Apesar de apenas ter sido aprovado em fevereiro de 2020, já no final do Estágio, este procedimento tem por base a Norma nº001/2017 *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde* da DGS (2017), pelo que a equipa de enfermeiros do SUG já procurava cumprir a metodologia ISBAR sugerida pela norma da DGS, ainda antes da realização do procedimento próprio, que procurou adotar esta metodologia em toda a instituição. Desta forma, os enfermeiros do SUG elaboraram um instrumento próprio, de acordo com a metodologia ISBAR, com o qual procuram assegurar uma transição de cuidados eficaz e segura, tal como sugerem os resultados da RIL (Apêndice I) pelos autores Spooner, Aitken, Corley e Chaboyer (2018).

O segundo objetivo foi identificar fatores facilitadores ou dificultadores de uma transição de cuidados segura. Tal como no estágio anterior, este objetivo relaciona-se também com a teoria Alfab Meleis, escolhida para este Relatório, pois, como já foi referido, as intervenções de Enfermagem durante a transição de cuidados, podem ser facilitadoras ou dificultadoras de uma transição saudável da PSC.

Para atingir o segundo objetivo, como atividades propôs-se recolher informação junto da equipa sobre a transição de cuidados de Enfermagem no SUG através da observação do procedimento; e ainda a análise através de revisão bibliográfica da realidade do SUG. Foram observadas as práticas de transição de cuidados do SU e respetivos instrumentos, identificando as vantagens e desvantagens dos mesmos, em

contraposição com as descritas na evidência. Como já referido anteriormente, a dinâmica de transição de cuidados no SUG é mutável, dependendo da área de prestação de cuidados. Ao nível do ambulatório reconhece-se que a transição de cuidados não é guiada pela norma recomendada na instituição, nem existem instrumentos orientadores, o que se crê ser um aspeto dificultador de uma transição segura, tal como referem os autores Graan, Botti, Wood & Redley (2015). Isto deve-se à existência de uma grande afluência de doentes, com permanentes admissões e altas/transferências neste sector. Apenas para a transferência de doentes de ambulatório para a área de internamento, como aspeto facilitador para os próprios enfermeiros, estes começam por preencher um documento em papel, que servirá posteriormente para os registos de Enfermagem no internamento (UIPA ou SO) – Registo de Internamento de Doentes Agudos. Neste documento os enfermeiros registam a identificação do doente (vinheta), a causa de admissão no SU, (provável) diagnóstico, antecedentes pessoais de saúde e sinais vitais. Este registo é assim facilitador da transição de cuidados entre o enfermeiro do ambulatório para o enfermeiro do internamento. Esta é uma estratégia de oposição às barreiras de segurança na transição de cuidados, tais como a falta de tempo, a fadiga dos profissionais e a falta de recursos humanos como sugerem Livorsi, et al. (2016), que são facilmente encontradas no SU. Admite-se que poderia ter sido desenvolvida uma proposta de instrumento para a transição de cuidados em ambulatório, contudo o Estágio teve uma maior prevalência na PSC, que se encontrava predominantemente em regime de internamento ou na Sala de Reanimação.

Relativamente à área de internamento, como já referido, identifica-se como fator facilitador a utilização de um instrumento de acordo com a metodologia ISBAR que era de fácil legibilidade, contendo informação padronizada, resumida, mas essencial, permitindo transferir informações de forma segura. Ainda como fatores facilitadores, é a localização “à cabeceira” dos doentes, permitindo uma observação direta e identificação dos doentes por parte de quem recebe as informações, sendo esta estratégia também referenciada na RIL pelos autores Graan, Botti, Wood & Redley (2015), uma vez que minimizam riscos para a segurança do doente, nomeadamente através da confirmação da identidade. Apesar de todos os doentes serem identificados com pulseira de identificação com dados como o nome, data de nascimento e número do processo, na azáfama do SUG os doentes são mais

facilmente reconhecidos pela sua fisionomia e localização. Para além disto, este procedimento permitia a participação do próprio doente, bem como informá-lo da sua situação clínica atual.

Como fator dificultador, existiam constantes interrupções e distrações externas durante o procedimento, nomeadamente através de solicitações de doentes e/ou outros profissionais. Este é um risco adjacente ao facto de a transição de cuidados ter lugar “à cabeceira” do doente, num SU frequentemente sobrelotado. Sabe-se que a existência de distrações durante o processo de transição de cuidados compromete o mesmo, sendo o fator humano, “a distração”, o mais comum (Kowitlawakul, et al., 2015). Estas interrupções podem levar a perda de informações críticas e resultar em eventos adversos para o doente (Spooner, Corley, Chaboyer, Hammond & Fraser, 2015).

O terceiro objetivo foi assegurar a continuidade dos cuidados de Enfermagem através da comunicação eficaz e utilização de instrumentos ou sistemas de informação. Para tal, como atividades propôs-se utilizar os instrumentos de registo e sistemas de informação existentes no SU, refletindo no impacto dos mesmos na segurança da PSC na transição de cuidados; e ainda, participar ativamente na transição de cuidados, transmitindo de forma eficaz informações que permitem assegurar em continuidade a segurança da PSC. Estas atividades foram desenvolvidas ao longo do Estágio, uma vez que a enfermeira orientadora desempenhava funções de chefe de equipa, sendo assim responsável pela transição de cuidados de todos os doentes na área de internamento do SUG. Através da integração na equipa, apesar de ter contactado com os diferentes sectores do SU (Triagem, Balcões e Sala de Reanimação) foi possível uma maior colaboração com o desempenho de funções de enfermeiro chefe de equipa. Desta forma, ao longo do estágio foram desenvolvidas competências específicas na área da comunicação e transição de cuidados, sendo responsável pela recolha de informação dos doentes internados na UIPA e SO, atualização dos registos no instrumento de transição de cuidados, bem como, a transferência de informações para o enfermeiro chefe de equipa do turno seguinte. O feedback da enfermeira orientadora, bem como da restante equipa, foi bastante positivo, reconhecendo a minha competência com o avançar do tempo de estágio, atribuindo responsabilidade e autonomia no procedimento, considerando assim que se tratava de uma comunicação eficaz e um

contributo para a garantia de segurança dos doentes internados. Sempre que surgiam dúvidas relativamente à informação mais pertinente para constar no resumo do doente, era discutido com a enfermeira orientadora, mais experiente em contexto de SU e especialista em EMC, sendo assim possível assimilar alguma da sua experiência e compreender as estratégias utilizadas neste contexto.

O quarto objetivo foi demonstrar conhecimento próprio no cuidado à PSC e um nível aprofundado de conhecimento na área da comunicação e de cuidados de Enfermagem, assim como consciência crítica para os problemas encontrados. Para tal, propôs-se como atividades participar nos cuidados à PSC em vários momentos da transição de cuidados, nomeadamente na admissão do doente no SU e transição de responsabilidades entre enfermeiros (passagem de turno); participar na discussão de questões complexas que envolvam tomada de decisão, responsabilidades éticas e sociais nos cuidados à PSC; e ainda, divulgar o tema do Projeto, sempre que possível e/ou se justifique, para refletir em conjunto sobre os problemas das práticas atuais.

Através da integração na equipa do SUG foi possível prestar cuidados em vários momentos de transição, iniciando-se com a admissão na Triagem. Embora em regime de observação, uma vez que para realizar a Triagem de Manchester o enfermeiro necessita de competências específicas que lhe são atribuídas através de uma formação nesta área, foi possível observar de que forma são recolhidas e registadas as informações necessárias para que o algoritmo do sistema de Manchester atribua o nível de prioridade de atendimento de cada doente. Apenas enfermeiros experientes desempenham funções neste sector, devido à responsabilidade inerente à competência exigida. À semelhança da Triagem, também foi possível prestar cuidados na Sala de Reanimação, também este sector requer enfermeiros experientes e com competências específicas no âmbito da PSC. Neste sector a transição de cuidados é informal, maioritariamente verbal e por vezes com informação escassa, dependendo da gravidade e situação clínica do doente. Com certeza a prestação nestes sectores contribuíram mais para aquisição de competências na prestação de cuidados à PSC, embora não sendo possível uma total autonomia pela limitação do tempo de estágio. Contudo, como já referido anteriormente, em regime de ambulatório foi possível um maior desenvolvimento de competências em relação à transição segura de cuidados, sendo possível divulgar a temática em estudo e participar na discussão de questões referentes ao tema. Foi

possível discutir com alguns elementos da equipa de Enfermagem uma proposta de auditoria ao Procedimento Geral da instituição, que recomenda a utilização da metodologia ISBAR, possibilitando a reflexão conjunta sobre a melhor forma de adequar o mesmo a todos os sectores do SUG. Deste modo, à semelhança das competências adquiridas no primeiro estágio na UCI, também no SU foi possível desenvolver competências inerentes ao grau de Mestre, através da mobilização para a prática os conhecimentos teóricos resultantes da investigação (PBE), demonstrando um nível aprofundado de conhecimento na área da comunicação e transição de cuidados em Enfermagem, assim como consciência crítica para os problemas encontrados (ESEL, 2010).

O quinto objetivo foi demonstrar autonomia e responsabilidade profissional junto dos pares, contribuindo para o bom funcionamento do serviço. Para tal, propôs-se como atividades integrar a equipa de Enfermagem do SUG através do desenvolvimento de relações interpessoais que promovam o trabalho em equipa, e agir com responsabilidade ética e profissional para garantir a prestação de cuidados seguros e de qualidade. No que respeita à integração na equipa e desenvolvimento de relações interpessoais, foi um objetivo atingido com considerações bastantes positivas pela enfermeira orientadora no final do estágio. A ética e responsabilidade profissional estiveram sempre presentes, assumindo o papel de enfermeira em aprendizagem para o desenvolvimento de competências. As competências intrínsecas ao Código Deontológico, como o exercício da profissão com adequados conhecimentos científicos e tecnológicos, zelo pelos registos de Enfermagem, defesa de valores como a igualdade, a justiça e solidariedade, atualização permanente de conhecimentos, respeito pela privacidade e sigilo profissional, ou o respeito por outros profissionais; são competências já adquiridas pela experiência de enfermeira de cuidados gerais, mas que foram ainda assim desenvolvidas no sentido de lhes atribuir um maior significado. Ou seja, reconsiderar aquilo que são as competências adquiridas e refletir sobre elas no sentido de melhorar os cuidados.

No que concerne à autonomia, foi um objetivo mais intrépido, uma vez que o contexto de SU me era desconhecido, divergindo da minha experiência profissional, para além de muito abrangente, com diferentes áreas de cuidados. Assim sendo, foi possível conhecer a dinâmica do SU e os diferentes sectores, mas não sendo exequível desenvolver um nível de proficiência desejado.

O sexto objetivo foi gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos, através do diagnóstico antecipado de complicações, implementação de respostas de Enfermagem apropriadas às complicações e monitorização e avaliação da adequação das respostas aos problemas identificados. Para tal, propôs-se como atividades colaborar na admissão de doentes no SUG, nomeadamente na Sala de Reanimação, SO e UIPA, planeando os cuidados de continuidade de acordo com a priorização e antecipação das necessidades dos doentes, otimizando tempo e recursos e assegurando a continuidade de cuidados através da transição segura. Estas atividades foram desenvolvidas ao longo do estágio, sendo possível admitir doentes nos diferentes sectores do SU. No entanto, na área de internamento foi mais evidente a necessidade de planeamento dos cuidados complexos, bem como a sua respetiva monitorização e implementação de medidas ajustadas à realidade do contexto. A mobilidade de doentes é muito grande e por vezes não existe tempo nem recursos para se elaborar um detalhado plano de cuidados. O planeamento é feito de forma constante, mas com necessidade constante de adaptação para dar resposta às prioridades. O enfermeiro pode planear intervenções que não chega a executar, mas também implementa diversas intervenções que poderia não ter planeado. A situação clínica dos doentes pode agravar-se rapidamente neste contexto, ou pode também existir uma situação de estabilidade clínica que permita a transferência do doente para a enfermaria ou até à alta institucional. Mas o que se pode observar é um elevado número de doentes em SO, durante mais tempo que seria expectável, o que desafia os enfermeiros a adaptarem os planos de cuidados permanentemente. O SO trata-se de um internamento muitas vezes em sobrelotação, exigindo uma grande capacidade de otimização de tempo e recursos para assegurar os melhores cuidados a todos os doentes. Acerca da sobrelotação do SU, foi possível realizar uma reflexão através do Jornal de Aprendizagem. Esta atividade também contribuiu para o desenvolvimento de competências de reflexão sobre a prática (ESEL, 2010), além de permitir desenvolver capacidade de lidar com questões complexas, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais (Decreto-Lei nº 115/2013, 2013).

O sétimo objetivo foi prestar cuidados à PSC na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, através da identificação e resposta precoce a focos de instabilidade e execução de cuidados técnicos complexos. Para tal, propôs-se como atividades participar na primeira abordagem à PSC na admissão na Sala de

Reanimação, mobilizando os conhecimentos teóricos de SAV e ainda colaborar na prestação de cuidados à PSC em regime de internamento no SU.

Na Sala de Reanimação a abordagem é rápida, privilegiando-se a priorização de necessidades que podem comprometer a vida e bem-estar da PSC, numa abordagem ABCDE (A- via Aérea; B- Respiração; C- Circulação; D- Disfunção neurológica; E- Exposição) que exigem a mobilização de competências de Suporte Básico e SAV. Desta forma, a primeira abordagem na Sala de Reanimação exige competências específicas, sendo necessário mobilizar um vasto conhecimento teórico, devido à ampla panóplia de patologias que podem surgir. De acordo com a experiência ao longo do Estágio, as situações emergentes mais frequentes são vítimas de trauma, crises convulsivas, doença cerebrovascular e doenças coronárias. Em relação ao Trauma, o SUG não é um serviço de primeira linha para dar resposta a vítimas de politrauma, devido à ausência de especialidades como Neurologia, Neurocirurgia ou Cirurgia Córdio-torácica, por exemplo. Mas recebe muitas vítimas com trauma abdominal ou de membros, ou sujeitos a quedas, que são avaliados pelas especialidades de Medicina Interna, Cirurgia Geral e Ortopedia.

Outras situações emergentes referidas, vêm mostrar a existência de alguns protocolos específicos do SU, nomeadamente a Via Verde AVC, para doença cerebrovascular e a Via Verde Coronária, para doenças cardiovasculares. Esta metodologia de “Via Verde” é acionada pelo enfermeiro da Triagem, com o intuito de uma rápida intervenção assim que são detetados sintomas suspeitos no momento de admissão. Na Via Verde AVC o doente é avaliado de imediato na Sala de Reanimação por um clínico de Medicina Interna que prescreve uma Tomografia Computadorizada crânio-encefálica. Quando existem alterações hemorrágicas no exame, as imagens são enviadas para outra instituição para serem observadas por Neurocirurgia e, se necessário, o doente é transferido de forma célere. Em caso de alterações isquémicas e caso cumpra critérios clínicos, o doente pode ser submetido a trombólise, procedimento realizado na área de internamento do SUG, preferencialmente na UIPA, mas pode também haver necessidade de transferências. No caso da Via Verde Coronária, o modo de atuação é idêntico, sendo o enfermeiro da Triagem responsável por identificar os sintomas de patologia coronária, admitir o doente na Sala de Reanimação e solicitar a realização de ECG de imediato. O doente pode ainda ser avaliado pela especialidade de Cardiologia, ainda na Sala de Reanimação, para

confirmação do diagnóstico e planeamento das medidas terapêuticas. Caso seja necessária intervenção invasiva, como Angiografia, o doente é transferido para outro hospital que disponha destes meios. As transferências de doentes críticos, como os referidos, são acompanhados de médico e enfermeiro do SU em ambulância medicalizada.

É também na UIPA que se encontra a PSC, exigindo uma monitorização e vigilância constante, por vezes com necessidade de meios de suporte de vida, seja por fármacos ou técnicas como a Ventilação Mecânica Invasiva, ou Não-Invasiva, sendo já necessário um maior planeamento para continuidade de cuidados. Apesar de parte integrante do SU, a UIPA é uma unidade de internamento, na qual existe um maior rácio enfermeiro: doente (1:4) pois o número de doentes não ultrapassa a lotação do espaço, ao contrário do SO. Tal permite a prestação de cuidados de maior complexidade à PSC, através de cuidados técnicos, que têm como finalidade a recuperação ou manutenção de funções vitais, permitindo assim desenvolver competências especializadas de Enfermagem na área da PSC (OE, 2011).

O objetivo oitavo foi desenvolver capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais. Para isso, como atividade foi proposto participar na discussão em equipa de questões complexas que envolvam tomada de decisão, responsabilidades éticas e sociais nos cuidados à PSC e prestar cuidados à PSC tendo em vista a recuperação da sua saúde e qualidade de vida ou promover dignidade no fim de vida. Foi possível participar na discussão de questões complexas e tomadas de decisão nos momentos de transição de cuidados entre chefes de equipa, uma vez que estes enfermeiros eram responsáveis pela gestão dos doentes internados, muitas vezes tinham de mobilizar os doentes de acordo com necessidades e prioridade de cuidado. Por exemplo, visto o SO abranger um elevado número de doentes, era necessário selecionar aqueles que beneficiavam em ter disponível monitorização eletrocardiográfica ou aqueles que precisavam de acesso a oxigenioterapia, visto estes serem recursos limitados. Estas decisões envolvem responsabilidade ética, pois seria necessário privar ou retirar um dispositivo a um doente, para outro com maior necessidade naquele momento. Por essa razão, muitas

decisões eram tomadas no momento de transição de cuidados, em que se tem uma visão global dos doentes internados.

No que se refere à promoção da dignidade em fim de vida, pode-se afirmar que mesmo com fatores dificultadores inerentes ao contexto de SU, como a elevada afluência, a sobrelotação de doentes ou a falta de privacidade, os enfermeiros também demonstraram elevado sentido ético e profissional relativo a doentes em fase terminal. Eram criadas condições para colocar estas pessoas em situação de fim de vida, num ambiente mais calmo, privado e com a possibilidade de receberem a visita de familiares. Embora o SUG não disponha de um sítio próprio para o efeito, os enfermeiros utilizavam uma sala de procedimentos que existe no SO para promover dignidade em fim de vida.

O nono objetivo foi gerir os cuidados, otimizando a eficiência da resposta da equipa de Enfermagem e a articulação com a restante equipa multiprofissional. Como atividades enumerou-se conhecer as funções dos enfermeiros que exercem funções no SU e respetiva distribuição pelos diferentes sectores, conhecer os procedimentos do SU para a organização de cuidados, colaborar com a enfermeira chefe de equipa na gestão de cuidados, e ainda, colaborar com a equipa médica na transmissão de “más notícias” e notificações de óbito. Este objetivo foi acrescentado já após o início do estágio, após ter conhecido a dinâmica do serviço, uma vez que desconhecia as funções do enfermeiro chefe de equipa no SUG. Assim, sendo a enfermeira orientadora chefe de equipa, deparei-me com um conjunto de competências na área da gestão de cuidados, que poderia ser desenvolvido. Apesar disso, para conhecer toda a dinâmica foi-me possível prestar cuidados em todos os diferentes sectores – Triagem, Sala de Reanimação, Balcões, SO e UIPA – embora o maior foco do estágio tenha sido nas competências especializadas do chefe de equipa, uma vez que é também ele um fator importante na transição de cuidados segura. O enfermeiro chefe de equipa é ainda responsável pela distribuição dos recursos humanos pelos diferentes sectores, tendo para isso, um vasto conhecimento das competências de cada elemento da sua equipa (enfermeiros e AO) visto as funções a desempenhar serem bastante distintas. No final do estágio já era capaz de realizar a distribuição dos elementos sob supervisão da enfermeira orientadora. Outra importante função do enfermeiro chefe de equipa é, em conjunto com um médico, transmitir informações a familiares de doentes internados no SUG, nomeadamente “más notícias” ou

notificações de óbito. Embora seja preferencialmente transmitida pelo médico, os familiares tendem a validar a informação com o enfermeiro presente, isto porque habitualmente era quem melhor conhecia o doente, era quem os familiares viam e conversavam no horário de visita, ou simplesmente porque permanecia mais tempo para dar apoio emocional aos familiares. Pude também assistir a alguns desses momentos, no sentido da aquisição de competências relacionais e de comunicação.

Por último, o décimo objetivo foi desenvolver competências específicas para o cuidado à PSC em contexto de SU. As intervenções sugeridas foram conhecer os planos de contingência e situações de emergência e catástrofe para o SU e maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção, cumprindo normas, procedimentos e recomendações, adequando-os ao SU. Durante o estágio foi possível consultar os referidos planos de contingência, assim como o plano de evacuação de doentes, e ainda visitar o espaço onde estão armazenados meios materiais para utilização em caso de ativação do plano de emergência e catástrofe. No que concerne a medidas de prevenção e controlo de infeção, foram também consultadas normas, circulares normativas e procedimentos sectoriais, disponíveis no portal interno da instituição. Quanto à sua implementação foi sempre adequada às condições físicas do SU, mas seguindo as recomendações da Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar que recorre a auditorias ao serviço com frequência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No final da elaboração deste Relatório considera-se que foram atingidos os objetivos inicialmente propostos, uma vez que foram analisadas as experiências vividas em contexto de Estágio. Para além disso, foram averiguados os aspetos positivos e negativos dessas experiências, refletindo sobre o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem, em diferentes contextos de cuidados à PSC. Foi possível a identificação de um problema – A segurança na transição de cuidados à PSC – sustentado na evidência científica e no referencial teórico da teoria das transições de Afaf Meleis. Tal permitiu definir estratégias para atingir os objetivos referentes ao desenvolvimento de competências de Mestre em Enfermagem e competências especializadas na área da PSC, para alcançar um melhor nível de proficiência ou perito, segundo o Modelo de Dreyfus indicado por Benner (2001).

A vivência da PSC que se encontra na UCI ou SU devido a doença súbita ou agravamento de doença crónica, representa um período de transição para a pessoa e família que provoca sentimentos de instabilidade e insegurança. A doença traduz um acontecimento único e inesperado na vida do doente e família, alterando temporariamente os seus projetos de vida quotidiana, ou até mesmo constituindo uma ameaça à sua sobrevivência. Neste processo transicional o doente encontra-se a vivenciar uma transição de saúde-doença e a família vivencia uma transição situacional (Meleis *et al.*, 2000).

Os processos de transição têm especial interesse para a Enfermagem, quando pretendemos analisar os fenómenos que podem ser objeto de cuidados, ou seja, quando se traduzem na saúde e bem-estar da Pessoa (Meleis, 2010). Os enfermeiros são a chave para a identificação e compreensão dos fenómenos de transição, podendo atuar como elementos facilitadores deste processo.

De acordo com o conceito de transição de Meleis, considera-se que a PSC é um ser único e vulnerável que enfrenta vários processos de transição no momento de transição de cuidados por parte dos enfermeiros que lhe prestam cuidados. Não confundindo ambos os conceitos de transição, acontece que ambos se interligam uma vez que a intervenção de Enfermagem no processo de transição de cuidados pode ser facilitadora ou inibidora do processo de transição saúde-doença da PSC.

O enfermeiro ao planear a sua intervenção, deverá monitorizar não só a natureza desta transição como também as condições facilitadoras ou inibidoras das mesmas, podendo influenciar quer negativamente quer positivamente o decurso do processo transicional (Meleis, 2000). Assim, a transmissão de informação no processo de transição de cuidados de Enfermagem, através de uma comunicação eficaz, é fundamental na caracterização da situação, assim como na definição dos cuidados a prestar ao doente, sendo uma condição facilitadora no decurso do processo transicional saúde-doença, vivido pela PSC, em segurança.

No que concerne ao desenvolvimento de competências, segundo a teórica Patrícia Benner (2001), os cuidados de enfermagem têm sete domínios: a função de ajuda, a função de educação, a função de diagnóstico e vigilância do doente, a gestão eficaz de situações de evolução rápida, a administração e acompanhamento de protocolos terapêuticos, o assegurar e acompanhar a qualidade dos cuidados de saúde e as competências no âmbito da organização dos serviços de saúde. Cada domínio é inerente às várias competências que se pretenderam desenvolver ao longo do estágio, uma vez que a sua aquisição teve origem na experiência clínica, através da reflexão e descrição de experiências vividas durante o percurso de aprendizagem. Benner (2005) aponta a função de educação e orientação para as intervenções de enfermagem que permitem uma melhor adaptação da pessoa ao processo de transição. Segundo Meleis et al. (2010), citado em Santos et al. (2015), os enfermeiros são os principais facilitadores no processo de transição por intervirem nas mudanças e exigências do quotidiano da pessoa/família. Compete ao enfermeiro preparar e informar a pessoa/ família num processo de aquisição de novas competências relacionadas com o processo de transição pelo qual passam (Meleis et al, 2010). Esta consciencialização para a compreensão da pessoa/família durante o processo de transição pressupõe o seguimento destas pessoas no seu processo evolutivo. O verdadeiro estabelecimento de uma relação de ajuda passa por dispormo-nos a ouvir o outro, a compreender e aceitar as suas experiências e significados (Collière, 2003) de modo a detetar precocemente as dificuldades em pontos críticos no processo de transição.

Ao longo deste percurso foram definidos objetivos gerais e específicos para o Estágio, que foram analisados neste Relatório, com a finalidade de alcançar e desenvolver competências do CMEPSC (ESEL, 2010), competências de Mestre em

Enfermagem (Decreto-Lei nº 115/2013, 2013) e também competências especializadas em PSC, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010).

O conceito de enfermeiro especialista é definido pela OE como o enfermeiro “com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado” (OE, 2007, p. 15). As competências específicas do enfermeiro especialista na área da PSC estão presentes e intrinsecamente relacionadas com os objetivos propostos para os campos de estágio, de forma a garantir e justificar o seu desenvolvimento.

As experiências vivenciadas em contexto de estágio permitiram o desenvolvimento de competências de nível proficiente/perito na área dos cuidados especializados à PSC, em particular na segurança da PSC na transição de cuidados. De acordo com Benner (2001), o nível de proficiente determina que o profissional percebe e compreende as situações como partes de um todo, tomando decisões baseadas numa compreensão holística, aprendendo com a experiência e sendo capaz de adequar o plano de ação em determinados contextos. Já o nível de perito determina que o profissional suporta a sua ação a partir da experiência e da compreensão intuitiva das situações, e não apenas em regras ou linhas orientadoras para relacionar as situações com a sua ação. O desempenho do perito é fluido e eficaz, devendo atuar como produtores, transformadores e disseminadores de conhecimento (Benner, 2001). Contudo, Benner sublinha a necessidade do tempo de experiência na prestação direta de cuidados, mencionando um período de 3 a 5 anos para competência de domínio clínico no nível de perito.

Posto isto, apesar de todo o investimento em pesquisa bibliográfica e trabalho de reflexão elaborados ao longo do CMEPSC, foi na prática clínica que se encontraram maiores contributos para o desenvolvimento das competências propostas. O tempo de estágio revelou-se um processo complexo devido à necessidade de conciliação da vida profissional e pessoal com a vida de estudante, ainda assim, foi insuficiente para alcançar todas as competências sugeridas. Relativamente à área da PSC, a experiência profissional era ainda escassa, pelo que

muitas competências gerais tiveram de ser primeiramente adquiridas, sendo o tempo de estágio um fator limitador para dar continuidade ao desenvolvimento das mesmas.

Em suma, o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências é um processo contínuo no tempo, mas essencial para a evolução pessoal e profissional, buscando alcançar a perícia e zelando pela qualidade dos cuidados de Enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, Gabriela (2018). Manual de Integração da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente. Disponível no serviço.
- Benner, Patrícia (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN: 972-8535-97-X.
- Bento, F. (2015). Contributo da Comunicação Efetiva na Promoção da Segurança da Pessoa em Situação Crítica durante a transição Perioperatória: Percurso de desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/16403>
- Birmingham, P.; Blegen, M. A.; Lyndon, A. (2015). Handoffs and Patient Safety: Grasping the Story and Painting a Full Picture. *West J Nurs Res.*, 37(11), 1–18. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0193945914539052>.Handoffs
- Blaz, Jacquelyn W; Doig, Alexa K; Cloyes, Kristin G; Stagers, Nancy (2016). Information content across types of nurse cognitive artifacts. *Nursing Informatics*. pág. 641 - 642. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=146&sid=a3ded390-d55a-4e29-b4f3-de7be18d6c0c%40sessionmgr4006>
- Brás, C.; Ferreira, M. (2016). Clinical Communication (handover) and Safety of Nursing Care: a literature review. *Millenium*, 2 (1), 117-124. Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/3660/4/10089-30421-1-PB-117-124.pdf>
- Brito, M. A. C. (2012). A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado, 269. Disponível em: http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/12617/1/tese_alicebrito_reconstrucao_autonomia_autocuidado.pdf
- Colvin, M. O.; Eisen, L. A.; Gong, M. N. (2016). Improving the Patient Handoff Process in the Intensive Care Unit - Keys to reducing errors and improving outcomes. *Semin Respir Crit Care Med*, 1, 90–106. DOI: 10.1055/s-0035-1570351.

Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26820277/>

Decreto-Lei nº 115/2013 de 7 de agosto de 2013. Aprova o Regime Jurídico dos Graus Académicos e Diplomas do Ensino Superior. Diário da República, 1.ª Série, Nº 151, 4749–4772 (2013). Disponível em: <https://dre.pt/application/dir/pdf1sdip/2013/08/15100/0474904772.pdf>

Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de março de 2006. Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Diário da República, Série 1 - A. Nº 60, 2242–2257 (2006). Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/671387/details/maximized>.

Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro de 2015. Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/66463212/details/maximized?serie=II&dreId=66463210>

DGS (2017). Norma nº001/2017 *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017.aspx>

DGS (2015). Plano Nacional de Saúde - revisão e extensão a 2020. Disponível em: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

ESEL (2010). *Objetivos e Competências do CMEPSC*. Agência Nacional de Acreditação do Ensino Superior (A3Es) Nº NCE/09/01932. Disponível em: <http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/64523D0E-CBA6-4C1F-B38C-65E531525C4C/0/Objectivosecompetenciasportal.pdf>

Ferrito, C. (2010). Metodologia de Projeto: coletânea descritiva de etapas. *Percursos*. nº15 ISSN 1646-5067. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Fleury, M. T. L; Fleury, A. (2001). Construindo o conceito de competência. *RAC Edição Especial*. 183-196. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rac/v5nspe/v5nspea10.pdf>

- Graan, Sher Michael; Botti, Mari; Wood, Beverly & Redley, Bernice (2015). Nursing handover from ICU to cardiac ward: standardised tools to reduce safety risks. *Elsevier. Australian Critical Care*. Volume 29 (3). pág. 165 - 171. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1036731415001058?token=6367BB455065C823974B2B83AF9A03776F447D216408AF6BB733A3D92DFD2D27FA60ED0D26797A122D70DC489795D596>
- Holly, C.; Poletick, E. B. (2013). A systematic review on the transfer of information during nurse transitions in care. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 2387-2396. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12365/pdf>
- Joanna Briggs Institute (2014). Reviewers' Manual: 2014 Edition. Australia: The University of Adelaide. ISBN: 978-1-920684-11-2. Disponível em: <https://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual-2014.pdf>
- Kowitlawakul, Y., Leong, B. S. H., Lua, A., Aroos, R., Wong, J. J., Koh, N., Mukhopadhyay, A. (2015). Observation of handover process in an intensive care unit (ICU): barriers and quality improvement strategy. *International Journal for Quality in Health Care*, 27(February), 99–104. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv002>
- Livorsi D, et al (2016). A rapid assessment of barriers and facilitators to safety culture in an intensive care unit. *Internacional Nursing Review*. Volume 63 (3), pág. 372 - 376. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/inr.12254>
- Meleis, A. (2010). Transitions Theory: Middle range and situation-specific theories in nursing research and practice. New-York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E-O., Hilfinger-Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advanced Nursing Science*, 23(1), 12–28. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

- Meleis, A. (1991). *Theoretical Nursing: development and progress*. 2ª edição. Filadélfia: Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 978-0-3975-4823-1.
- Morais, C. M. F. (2012). Matrizes conceptuais dos enfermeiros no cuidar da pessoa em situação crítica: uma abordagem fenomenológica da intencionalidade dos cuidados. Disponível em: <http://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=24204&code=688>
- Oliveira, Jéssica Grativol Aguiar Dias et al (2018). Interrupções nas passagens de plantão de enfermagem na terapia intensiva: implicações na segurança do paciente. *Revista de Enfermagem UERJ* (26). Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=148&sid=a3ded390-d55a-4e29-b4f3-de7be18d6c0c%40sessionmgr4006>
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). Desenvolvimento Profissional - Individualização das Especialidades em Enfermagem. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/MDPIndividualizacaoEspecialidades.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/regulamento-das-compet%C3%A2ncias-comuns-do-enfermeiro-especialista-e-regulamentos-das-compet%C3%A2ncias-espec%C3%ADficas-das-especialidades-em-enfermagem/>

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento nº124/2011 Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República 2.a série, Nº 35 (18/02/2011), 25118–25120. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/membros/Documents/Legisla%C3%A7%C3%A3o/REPE.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2007). *Segurança nos Cuidados - VII Seminário do Conselho Jurisdicional*. Nº 24 ISSN 1646-2629. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_24_Fevereiro_2007.pdf

Peralta, T. (2012). *Segurança do Doente – Perspetiva dos Profissionais de um Hospital da Região Centro*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Disponível em: <http://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=24072&code=327>

Pires, M. (2014). *Handover - Transmissão de Informação na Admissão do Utente Cirúrgico no Bloco Operatório*. IPS - Escola Superior de Saúde. Disponível em: <http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/7180/1/Relatorio%20Final%20para%20discuss%C3%A3o.pdf>

Santos, A. P. L.; Ferrão, S. (2015). Comunicação Efetiva na Transferência da Pessoa em Situação Crítica: Revisão da Literatura. *Research Gate*, (January). Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/272892569_Comunicacao_Efetiva_na_Transferencia_da_Pessoa_em_Situacao_Critica_Revisao_da_Literatura

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). Transportes de Doentes Críticos - Recomendações. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos. Disponível em: <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>

Spooner, Amy J; Corley, Amanda; Chabover, Wendy; Hammond, Naomi E; Fraser, John F (2015). Measurement of the frequency and source of interruptions occurring during bedside nursing handover in the intensive care unit: an observational study. *Australian Critical Care*. Volume 28 (1). pág. 19 - 23. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1036731414000319?via%3Dihub>

APÊNDICES

Apêndice I

Revisão Integrativa da Literatura

A Segurança da Pessoa em Situação Crítica na transição de cuidados de Enfermagem: Uma Revisão Integrativa da Literatura

Maria Manuel Gomes Borges¹

Eunice Emília Santos Lopes Martins Henriques²

¹mariaborges1@campus.esel.pt

²eunice.henriques@esel.pt

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Objetivo

Explorar de que forma a segurança da pessoa em situação crítica pode estar relacionada com a transição de cuidados de Enfermagem.

Questão de Revisão

Quais as estratégias/intervenções utilizadas pelos enfermeiros na transição de cuidados que podem ter influência na segurança da pessoa em situação crítica?

Enquadramento teórico

A transição de cuidados é um processo constante que diz respeito à transferência de responsabilidade e transmissão de informação entre enfermeiros sendo altamente variável, particularmente no contexto de cuidados à pessoa em situação crítica (PSC). O momento de transição permite aos enfermeiros a utilização de estratégias e instrumentos que possam garantir a continuidade de cuidados e a segurança da pessoa que é transferida.

Os conceitos na língua inglesa que surgem na evidência científica para fazer referência à transição de cuidados são *handoff* e *handover*, que podem ser traduzidos como “passagem, transmissão, transferência” no dicionário de língua portuguesa. Segundo Pires (2014), *Handover* é definido como um momento de transição na prestação de cuidados, transferência de responsabilidade entre profissionais de saúde e transmissão de informação sobre alguns ou

todos os aspetos relacionados com o atendimento de um ou mais clientes, para uma outra pessoa, ou grupo profissional, de forma temporária ou permanente. O *Handoff* é referido como o atendimento contínuo de 24 horas em que o prestador de cuidados que se segue aceita a total responsabilidade do cuidado ao doente (Colvin, Eisen e Gong, 2016).

A transição de cuidados é um momento crítico para a segurança do doente pois a sua complexidade envolve um maior risco de erro na transferência de informação (DGS, 2017). Segundo o *International Council of Nurses* (ICN), a segurança dos doentes é prioritária nos cuidados de saúde e resulta de “*uma combinação complexa de processos, tecnologias e interações humanas (...)*” (OE, 2007, p.14). Estas interações são suscetíveis a falhas que podem comprometer a segurança sendo que a maioria dos erros nos cuidados de saúde resultam das interações humanas. O estudo de Zinn (1995) mostrou que 11% das mortes evitáveis estão relacionados com problemas de comunicação e apenas 6% são devidas aos níveis inadequados de competências dos profissionais (Kowitlawakul et al., 2015). Desta forma, confirma-se que a comunicação dos profissionais é essencial para a segurança do doente (Birmingham, Blegen & Lyndon, 2015).

O *Handoff* em Enfermagem está sujeito a uma ampla variabilidade, quanto ao método utilizado, mas também quanto ao tipo de informação que é entregue. As informações transferidas podem ser aleatórias e variáveis, inconsistentes, incongruentes, imprecisas ou ausentes (Holly & Poletick, 2013). Assim, transferências imprecisas, mal interpretadas, omitidas, incompletas ou tendenciosas podem levar a uma falha em reconhecer e evitar graves danos ao doente (Stople & Ottani 2006 citado por Holly & Poletick, 2013). As transferências ineficazes podem levar a um tratamento errado, atrasos no diagnóstico, eventos adversos graves, insatisfação do doente, aumento de custo e maior tempo de internamento (Bomba & Prakash 2005; *Australian Council for Safety and Quality in Health Care*, 2005; Perry, 2004 citado por Holly & Poletick, 2013).

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 (DGS, 2017). Durante o *Handoff*, informações de qualidade permitem que os enfermeiros reconheçam rapidamente mudanças no estado do doente e antecipem os riscos, promovendo assim a segurança. Investir em boas práticas e ambientes ideais de transição beneficia tanto enfermeiros como doentes, visto que estes são mais propensos a ter e utilizar os recursos que promovem a segurança (Birmingham, Blegen & Lyndon, 2015).

A OMS e a JCI recomendaram que um formulário deve ser usado como uma ferramenta para comunicação durante a transição de cuidados (Kowitlawakul et al., 2015). Da mesma forma, a JCI *National Patient Safety Goals* recomenda que as instituições hospitalares devam implementar um sistema padronizado para a comunicação nas transferências dos doentes de forma a minimizarem a possibilidade de ocorrências de eventos adversos (Santos & Ferrão, 2015). Torna-se assim premente criar ferramentas de comunicação para padronizar a informação a transmitir para a produção de uma transição estruturada, que possibilite tornar os cuidados de saúde mais seguros tanto para pacientes como para profissionais (Brás & Ferreira, 2016).

Wong et al. (2008) citado por Kowitlawakul et al. (2015) verificaram que a utilização de ferramentas eletrônicas, tais como dispositivos portáteis, potencia as informações transferidas entre enfermeiros e pessoal médico. Gonzalo et al. (2014) citado por Kowitlawakul et al. (2015) descobriram que o uso de um sistema eletrônico entre transferências de unidade, com comunicação verbal opcional, foi percebido como igualmente seguro e mais eficiente do que apenas a transição verbal.

O *Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America* (2001) recomenda que a tecnologia da informação seja utilizada para agilizar e padronizar a transferência de informações de doentes. Ou seja, a criação de *softwares* de transferência garante a padronização e simplifica o processo de transferência, conduzindo a uma comunicação aprimorada e melhores *outcomes* para o doente (Holly & Poletick, 2013).

A qualidade das informações transmitidas durante a transferência depende da competência dos profissionais, coesão da equipe, na escolha do método e no seu tempo. De acordo com os estudos de revisão, uma transferência efetiva permite a promoção da segurança do doente e continuidade dos cuidados, melhora a comunicação, fomenta o trabalho em equipa e melhora o desempenho profissional (Brás & Ferreira, 2016).

A PSC é particularmente vulnerável devido à sua história clínica complexa e natureza da sua condição e ao longo dos anos tem aumentado em número as transferências destes doentes, altamente variáveis e propensas a erros, pelo que otimização deste processo é imprescindível para a segurança dos mesmos (Colvin, Eisen & Gong, 2016). A transição de cuidados está sujeita a uma grande variabilidade de métodos e de tipo de informação transferida, mas implica sempre diretamente na tomada de decisão profissional na continuidade de cuidados, influenciando a segurança dos doentes (Holly & Poletick, 2013). Por este motivo, é fundamental explorar de que forma a segurança da pessoa em situação crítica pode estar

relacionada com a transição de cuidados de Enfermagem e conhecer quais as implicações para a práticas das estratégias/intervenções utilizadas pelos enfermeiros na transição de cuidados que podem ter influência na segurança da PSC.

Critérios de Inclusão

A questão de investigação que orientou a pesquisa foi elaborada com formato PICO – População (P), Intervenção (I), Contexto (C) e *Outcomes* (O) – Quais as estratégias/intervenções utilizadas pelos enfermeiros (I) na transição de cuidados (C) que podem ter influência na segurança (O) da pessoa em situação crítica (P), de acordo com as orientações do *Joanna Briggs Institute for Evidence Based Practice* (Joanna Briggs Institute [JBI], 2014).

Os critérios de inclusão e de exclusão foram definidos de acordo com a metodologia de revisão sobre efeitos (JBI, 2014) sendo apresentados seguidamente em formato de tabela (Tabela 1).

Tabela 1 – Critérios de inclusão e exclusão.

		Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
(P) População	PSC	Pessoa de idade adulta (a partir dos 18 anos).	Idade pediátrica
(I) Intervenção	Estratégias e intervenções de Enfermagem		
(C) Contexto	Transição de cuidados Transferência de responsabilidade <i>Handover</i> <i>Handoff</i>	Todos os momentos de transição, seja na admissão no serviço hospitalar, passagem de turno de Enfermagem, transferência intra-hospitalar ou inter-hospitalar e alta.	Transições em contexto pré-hospitalar
(O) Outcomes	Segurança	Segurança relacionada com o doente	Segurança relacionada com os profissionais ou com a instituição

Tipo de estudos

Esta revisão incluirá todos os tipos de estudos e/ou trabalhos relacionados com a segurança da PSC na transição de cuidados, em língua portuguesa e/ou inglesa. Foi critério de exclusão a língua em que o artigo é redigido devido à limitação de meios disponíveis para tradução fiável para publicação nesta Revisão Integrativa da Literatura (RIL).

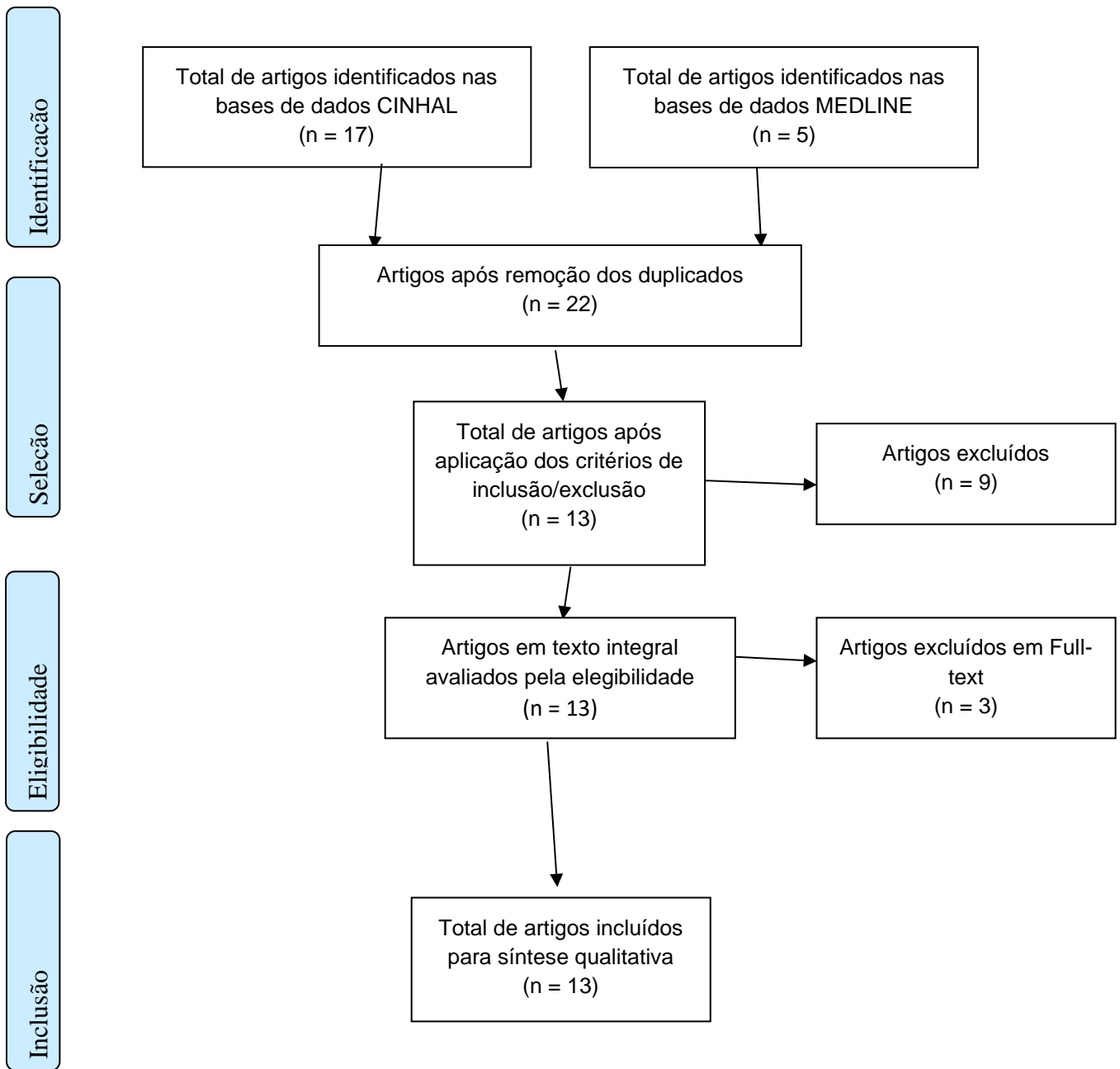
Estratégia de pesquisa

A estratégia de pesquisa pretende encontrar apenas estudos publicados, pelo que a RIL foi realizada através de pesquisa bibliográfica recorrendo à pesquisa de artigos nas bases de dados MEDLINE e CINAHL. Vão ser incluídos nesta revisão apenas estudos publicados e disponíveis nas bases de dados referidas. Excluem-se os estudos não publicados (literatura cinzenta) devido à dificuldade no acesso a essa informação e tempo estipulado para a realização desta revisão.

Foi utilizada uma estratégia de pesquisa de três passos nesta revisão recomendada pela JBI (2014) para identificar os estudos primários e as revisões publicadas sobre o tema. Uma pesquisa inicial nas bases de dados Google, B-ON, MEDLINE e CINAHL foi realizada em linguagem natural, seguida da análise das palavras de texto contidas no título, resumo e palavras-chave usadas para descrever o artigo. Uma segunda pesquisa, usando todos os termos indexados e *Major Heading* [*Critical Care Nursing; Handoff (Patient Safety); Patient Handoff*], foi realizada nas bases de dados MEDLINE *With Full Text* (MeSH 2019 – *Patient Handoff AND Critical Care Nursing*), CINAHL *Plus With Full Text* (CINHAL Headings – *Hand Off (Patient Safety) AND Critical Care Nursing*), via EBSCO.

A pesquisa foi iniciada no mês de agosto de 2019, utilizando a língua inglesa como idioma exclusivo, devido ao limite de tempo para a execução da revisão. Foi estabelecido um limite temporal para a pesquisa, devido ao volume de documentação existente, sendo considerados documentos com data de publicação desde 2015 a 2019, para garantir a atualidade dos dados. Foram obtidos 22 resultados, tal como demonstra a **Figura 1**, para posterior análise e exclusão por critérios de inclusão/exclusão definidos anteriormente.

Figura 1 – Estratégia de pesquisa.



As bases de dados a pesquisar incluem as palavras:

Acute Care; Care Transition; Continuity of Care; Critical Care; Effective Communication; Handoff; Handover; Nursing; Patient Safety; Transfer of responsibility

Palavras-chave:

Critical Care Nursing; Handoff (Patient Safety); Patient Handoff.

Extração de dados

Após a identificação dos 22 documentos obtidos, verificou-se que 1 artigo não se encontrava disponível nas bases de dados e outros 5 apenas dispunham de resumo, pelo que foram excluídos da análise. Para além disso, 2 artigos encontravam-se em língua não inglesa (Coreano e Italiano), sendo igualmente excluídos. Seguiu-se a leitura de todos os títulos e resumos, foi excluído um artigo que não cumpria com os critérios de inclusão, visto tratar-se de um estudo sobre a perceção do doente e não serem referidas estratégias ou intervenções de Enfermagem na transição de cuidados (**Tabela 1**). Por fim, decorreu um segundo processo de seleção dos documentos através da leitura integral dos mesmos, tendo-se obtido 13 documentos para extração e análise de dados.

A extração de dados é apresentada na **Tabela 2**, através da identificação do título do artigo, autor(es), ano de publicação, tipo de estudo, objetivos, resultados e conclusões, e ainda limitações e/ou recomendações.

Tabela 2 – Extração de dados.

Título	<i>Nursing handover from ICU to cardiac ward: Standardised tools to reduce safety risks.</i>
Autor	GRAAN, Sher Michael BOTTI, Mari WOOD, Beverley REDLEY, Bernice
Ano	2015
Tipo de estudo	Estudo de três etapas; observacional e focus grupo.
Objetivos	Adaptar os instrumentos existentes para standardizar a transição de cuidados de Enfermagem, da UCI para a enfermaria de Cardiologia, e avaliar os riscos para a segurança do paciente antes e depois da implementação.
Resultados e Conclusões	Na primeira fase do estudo foi analisada a prática de transição de cuidados na UCI através de observação e gravação áudio da mesma, recorrendo posteriormente a uma entrevista com um grupo <i>Focus</i> . Nesta fase os resultados revelaram práticas inseguras durante a transição da UCI para a enfermaria, nomeadamente: inexperiência dos enfermeiros da enfermaria, falha na verificação da identidade do paciente, transição não realizada junto do paciente, e falhas de informação. Numa segunda fase, instrumentos já existentes, recomendados pela evidência científica para "transições de alto-risco", foram adaptados, originando um instrumento específico para a transição da UCI para a enfermaria. e o mesmo foi apresentado à equipa no sentido de alterar a prática existente. Numa terceira fase foi repetida a observação da prática de transição de cuidados e entrevista com grupo <i>Focus</i> para avaliação do instrumento de padronização utilizado. Comparando os resultados com os obtidos na primeira fase, a observação demonstrou

	<p>que os enfermeiros utilizaram os instrumentos de forma consistente, a enfermaria encontrava-se mais disponível para receber os pacientes (10% vs 95%), era confirmada a identidade do paciente (0% vs 100%), a transição era realizada "à cabeceira" do paciente (25% vs 100%) e a transferência de informação completa foi melhorada (40% vs 100%).</p> <p>Em conclusão, a adoção de instrumentos de padronização da transição de cuidados da UCI para a enfermaria de pacientes cirúrgicos cardíacos reduz as variáveis associadas à transição de cuidados que podem ser um risco para a segurança do paciente. Os resultados deste estudo providenciam ferramentas específicas para um contexto que permite padronizar o processo de transição de cuidados através do conteúdo verbal, lista de verificações de segurança e uma matriz para identificação dos riscos.</p>
Limitações/recomendações	<p>Devido à reduzida dimensão da amostra e um grupo específico de pacientes, os resultados deste estudo não podem ser generalizados para outros contextos.</p> <p>A redução de riscos associados à segurança do paciente verificados na fase 3 poderá ter sido influenciado pela observação de alguns enfermeiros em mais do que momento de transição de cuidados. Podem ainda estes resultados serem influenciados devido a uma maior proporção de enfermeiros da enfermaria que receberam os pacientes, trabalharem a tempo inteiro, em comparação com a fase 1.</p> <p>Ainda assim, os resultados deste estudo fornecem informações úteis para o desenvolvimento de novos estudos. Embora cada um dos métodos de colheita de dados possa ter pontos fortes e limitações, a triangulação dos vários métodos, como utilizado neste estudo, aumenta o rigor e credibilidade das conclusões.</p>

Título	<i>Information Content Across Types of Nurse Cognitive Artifacts</i>
Autor	BLAZ, Jacquelyn W. DOIG, Alexa K. CLOYES, Kristin G. STAGGERS, Nancy
Ano	2016
Tipo de estudo	<i>Grounded theory</i>
Objetivos	Comparar o conteúdo da informação utilizada na transição de cuidados, por enfermeiros de cuidados críticos, em três ferramentas cognitivas: escrita livre manual; formulário impresso e registo de saúde informatizado.
Resultados e Conclusões	As informações contidas nos registos de escrita livre manual e formulários impressos são mais detalhadas sobre o contexto específico do doente em comparação com os registos de Enfermagem eletrónicos. As duas primeiras ferramentas permitem sintetizar informação e construir a "história do doente", sendo esta uma falha do registo eletrónico.
Limitações/recomendações	Ferramentas futuras que sejam utilizadas para a standardização da transição de cuidados devem considerar estas diferenças para que sejam adotadas com sucesso pelos enfermeiros de cuidados críticos, incluindo a adaptação de informação a cada doente, que permita aos enfermeiros a existência de um espaço para construção de narrativas que descrevam a "história do doente".

Título	<i>Observation of handover process in an intensive care unit (ICU): barriers and quality improvement strategy.</i>
Autor	KOWITLAWAKUL, Yanika LEONG, Benjamin S. H. LUA, Adela AROOS, Rana

	WONG, Jie Jun KOH, Nicola GOH, Nicholette SEE, Kay Choong PHUA, Jason MUKHOPADHY, Ayamartya
Ano	2015
Tipo de estudo	Descritivo transversal.
Objetivos	Descrever as características e as barreiras do processo de transição de cuidados numa UCI.
Resultados e Conclusões	Os resultados mostram a existência de 1.26 (± 1.75) distrações por cada transição de cuidados. Em cerca de 50% das transições, não ocorreram distrações. O fator humano foi a distração mais comum durante as transições, sendo que o "serviço de mensagens curtas" (SMS) e alarmes dos monitores, não foram considerados distrações. As distrações durante as transições são comuns e associadas à maior duração das mesmas. A informação incluída com menos frequência foi "Ordem de Não Reanimar" (ONR), quer por enfermeiros quer pela equipe médica. Os enfermeiros despendem de significativamente mais tempo para a transição de cuidados, em relação aos médicos. Os resultados deste estudo fornecem informações que permitem melhorar o processo de transição de cuidados durante a transferência de doentes (admitidos e transferidos) da UCI.
Limitações/recomendações	A observação das transições de cuidados foi realizada apenas na admissão ou transferência para fora da UCI, não incluindo as transições durante a troca de turno. É provável que o processo de transição seja diferente entre os diferentes serviços hospitalares, pelo que questões culturais como a comunicação também são diferentes, contudo este estudo não aborda estas diferenças. O processo de transição pode também diferir de acordo com os níveis de experiência e demografia dos médicos e enfermeiros envolvidos, contudo também esses dados não foram considerados. O estudo abordou os tipos de distrações, mas não explorou como os profissionais de saúde lidam com as mesmas, pelo que se recomendam investigações futuras. Por último, não foi possível identificar distrações ou omissões que levem a erro médico subsequente. Melhorar a qualidade do processo de transição de cuidados em ambiente de cuidados intensivos é um desafio. Os tipos de distração, as ferramentas utilizadas e as informações incluídas foram identificadas neste estudo. Contudo, a sensibilidade cultural não foi abordada, portanto, a relação entre abordar o status ONR e a sensibilidade cultural é uma recomendação para estudos futuros.
Título	<i>Measurement of the frequency and source of interruptions occurring during bedside nursing handover in the intensive care unit: An observational study.</i>
Autor	Spooner, Amy J. Corley, Amanda Chaboyer, Wendy Hammond, Naomi E. Fraser, John F.
Ano	2015
Tipo de estudo	Estudo prospetivo de observação
Objetivos	Avaliar a frequência e origem das interrupções durante a transição de cuidados de Enfermagem na Unidade de Cuidados Intensivos (junto à cama do doente).
Resultados e Conclusões	O tempo de transição de cuidados varia entre 5-22 minutos e a média de interrupções são duas (num intervalo entre 0-7). O número mais frequente de interrupções foi 7, ocorridas durante uma transição de 15 minutos. A origem mais frequente das

	interrupções deve-se a médicos, outros enfermeiros e alarmes de bombas infusoras de medicação endovenosa. Também funcionários administrativos são fonte de interrupções. Estas interrupções podem levar a perda de informações críticas e resultar em eventos adversos para o doente.
Limitações/recomendações	Aumentar o conhecimento nesta área poderá assegurar que estratégias apropriadas são desenvolvidas e implementadas na área da saúde para gerir com eficácia as interrupções e promover a segurança dos doentes.

Título	<i>Developing a minimum dataset of nursing team leader handover i the intensive care unit: a focus group study.</i>
Autor	Spooner, Amy J. Aitken, Leanne M. Corley, Amanda Chaboyer, Wendy
Ano	2018
Tipo de estudo	<i>Focus Group</i>
Objetivos	Identificar termos chave a incluir numa base de dados para a transição de cuidados dos enfermeiros chefes de equipa na UCI.
Resultados e Conclusões	Os participantes do estudo concordaram que que a mnemónica ISBAR foi uma ferramenta útil para orientar a transição de cuidados. Os termos recomendados para serem incluídos na base de dados ($\geq 65\%$ de concordância) incluíram a Identificação (nome, idade, dias de internamento na UCI), Situação (diagnóstico, procedimento cirúrgico), <i>Background</i> (eventos significativos e gestão dos mesmos) e Recomendações (plano para o paciente, tarefas para dar continuidade no próximo turno). Num total de 45%, os termos na categoria Avaliação foram considerados importantes para serem incluídos na base de dados e focam-se em observações relevantes e tratamentos específicos para cada sistema corporal. Outros termos que não pertencem à mnemónica ISBAR foram considerados importantes para serem incluídos, nomeadamente relacionados com a UCI (admissão na UCI, competências da equipa, simulações) e relacionados com os pacientes (perfil infeccioso, plano de fim de vida). Todos os termos foram categorizados, alguns para serem incluídos em todas as transições de cuidados e outros para serem discutidos apenas quando fosse relevante para o paciente. Em suma, os resultados obtidos sugerem que uma base de dados para a transição de cuidados, dos enfermeiros chefes de equipa na UCI, deve conter termos associados ao ISBAR, assim como informações específicas da UCI e do paciente, para manter a continuidade dos cuidados e garantir a segurança do paciente durante a transição entre turnos.
Limitações/recomendações	A amostra deste estudo é reduzida, visto ter sido realizada numa única UCI, contudo é considerada representativa a vários níveis das transições de cuidados entre enfermeiros chefe. Uma amostra maior, contemplando enfermeiros em regime de trabalho a tempo inteiro poderia fornecer informações adicionais. Apesar do Focus group ser uma importante forma de obter uma grande quantidade de informação num curto espaço de tempo, a dinâmica de grupo e variedade de opiniões pode contribuir para o silêncio dos participantes. Assim, para assegurar a contribuição de todos os participantes foram realizadas sessões estruturadas para promover a discussão e permitir dar voz a todos os participantes.

Título	<i>A tailored intervention to improving the quality of intrahospital nursing handover.</i>
Autor	Bergs, Jochen Lambrechts, Frank Mulleneers, Ines Lenaerts, Kim Hauquier, Caroline Proesmans, Geert Creemers, Sarah Vandijck, Dominique
Ano	2018
Tipo de estudo	Quasi-experimental
Objetivos	Melhorar a qualidade da transição de cuidados de Enfermagem do SU para a enfermaria e UCI.
Resultados e Conclusões	<p>A amostra foi de 130 enfermeiros, sendo primeiramente aplicada uma escala para avaliação da transição de cuidados - <i>Handover Evaluation Scale</i> (HES) a 66 participantes e após a intervenção foi novamente aplicada a 64 participantes. Na fase inicial, a HES mostrou um desajuste em relação ao demonstrado na evidência, sendo as questões relacionadas com 3 dimensões: qualidade da informação, interação e apoio, e relevância da informação.</p> <p>Após a intervenção, verificaram-se alterações nos scores da HES entre 3.99 a +15.9, mas não foram encontradas discrepâncias significativas no score da enfermaria em relação à UCI. Contudo, os enfermeiros do SU perceberam que existiram melhorias ao nível da "Interação e Apoio", após a intervenção do estudo.</p> <p>Em conclusão, a intervenção não resultou numa melhoria da percepção da qualidade da transição de cuidados pelos enfermeiros da enfermaria e da UCI. Existiu uma melhoria na percepção de interação e apoio, nos enfermeiros do SU. Desta forma, a intervenção demonstrou um efeito positivo relativamente ao trabalho de equipa e compreensão mútua no que diz respeito à prática de transição de cuidados entre os enfermeiros do SU.</p> <p>No sentido de promover a transição de cuidados de Enfermagem intra-hospitalar, sugere-se a implementação de medidas por parte da organização. Estas intervenções deverão ter como objetivo criar um histórico, melhorar a compreensão mútua estabelecendo uma atitude de apoio em relação a um procedimento padronizado para reduzir o erro humano.</p>
Limitações/recomendações	<p>Uma importante limitação deste estudo foi a falta de avaliação da fidelidade do uso do formulário de transição de cuidados. Avaliar o preenchimento do formulário poderia ter sido possível através de uma análise retrospectiva. Contudo, avaliar a fidelidade da implementação do formulário só seria possível através da observação direta de utilização do mesmo. Desta forma, optou-se por avaliar a qualidade da transição de cuidados de forma indireta, sendo a qualidade uma percepção dos enfermeiros que se incluem no momento da transição.</p> <p>Apesar de ter sido utilizada a HES, seriam necessárias investigações futuras para estabelecer as propriedades psicométricas desta escala. Neste estudo, a estrutura original da escala não era adequada aos resultados, em particular nas questões pela negativa, que foram a principal causa de índices inadequados.</p> <p>Algumas pesquisas foram realizadas na tentativa de reduzir potenciais efeitos de respostas padronizadas, através da inversão das questões aplicadas pela negativa. Neste sentido, codificando inversamente as questões, exigiu-se a existência de um processamento cognitivo mais elaborado, em detrimento de uma resposta mais automática e padronizada. Contudo, a evidência demonstra que esta codificação inversa pode contribuir uma resposta artificial por parte dos participantes no estudo. Ainda assim, as modificações realizadas permitiram a agregação de dados significativos.</p>

Título	<i>Interrupções nas passagens de plantão de enfermagem na terapia intensiva: implicações na segurança do paciente.</i>
Autor	OLIVEIRA, Jéssica Grativol Aguiar Dias de ALMEIDA, Luana Ferreira de HIRABAE, Leni Fagundes de Assis ANDRADE, Karla Biancha Silva de SÁ, Cláudia Maria da Silva PAULA, Vanessa Galdino de
Ano	2018
Tipo de estudo	Transversal, descritivo, observacional, quantitativo.
Objetivos	Identificar fatores intervenientes durante a passagem de turno numa UCI.
Resultados e Conclusões	<p>Identificam-se como principais fatores que podem interferir com a passagem de turno, observados neste estudo: toque dos alarmes (79,6%), conversas paralelas (19,3%) e baixo tom de voz do profissional que realizou a passagem de turno (11,1%).</p> <p>Verificou-se que em 98% dos casos foi utilizado um instrumento padronizado para a transição de cuidados, contudo em 90% dos casos foi relatado como incompleto e, portanto, subutilizado pela equipa. Isto pode ocorrer devido ao preenchimento inadequado ou como consequência aos fatores intervenientes também referidos.</p> <p>Também a descrição parcial das situações referentes ao paciente crítico pode estar relacionada com a falta de tempo em relação à carga de trabalho exigida pela UCI e rácio enfermeiro-doente, e/ou pela possível não valorização das informações contidas no atual instrumento. Possivelmente, os enfermeiros priorizaram mais aspetos diretos e clínicos, relacionados à gravidade e assistência dos pacientes, em detrimento dos registos e comunicação com a equipa.</p> <p>Considerou-se que 80% dos fatores que interferem com a transição de turno são o toque de alarmes de monitores, bombas infusoras e ventiladores mecânicos, sendo que 89% das vezes, não são atendidos, contribuindo para um aumento de ruído na UCI, podendo agravar a falha na comunicação durante a transferência de informação.</p> <p>Verificou-se ainda em 19% a existência de conversas paralelas entre a equipa de Enfermagem, 11% refere tom de voz baixo, 6% de interrupções por outros profissionais, 4% falta de clareza e objetividade na informação e apenas 3% por necessidade imediata de cuidados de Enfermagem, por situação emergente.</p> <p>Os fatores intervenientes são considerados agravantes para a comunicação efetiva entre a equipe de enfermagem e representam riscos para a segurança do paciente.</p>
Limitações/recomendações	As limitações deste estudo referem-se às diferentes dinâmicas de passagem de turno que ocorreram na UCI em questão, durante o período de colheita de dados, devido ao objetivo do estudo ter sido restrito à equipa de Enfermagem.

Título	<i>Handing over patients from the ICU to the general ward: A focused ethnographical study of nurses' communication practice.</i>
Autor	Bunkenborg, Gitte Hansen, Tina Bitsch Hølge-Hazelton, Bibi
Ano	2017
Tipo de estudo	Exploratório, qualitativo, etnográfico.
Objetivos	Explorar a prática de Enfermagem e a perceção de envolvimento na comunicação durante a transição de cuidados do doente crítico, da UCI para a enfermaria médica ou cirúrgica.
Resultados e Conclusões	Os dados recolhidos permitem a identificação da temática "Interação comunicativa como um processo de partilha e aquisição de domínio" e ainda um subtema "Interação comunicativa influenciada pelas expectativas individuais dos enfermeiros para além da

	<p>situação do paciente e o processo de transição de cuidados".</p> <p>Identifica-se através da transcrição das entrevistas de <i>focus group</i> outro tema "Equilibrar e negociar ao transmitir, consumir e adaptar conhecimentos".</p> <p>Em conclusão, a falha na existência de objetivos comuns na transição de cuidados de pacientes de Unidades com monitorização intensiva para enfermarias generalistas causam dificuldades na comunicação e trabalho de equipa, perda de informação e potenciais riscos para os pacientes. Seria crucial uma maior atenção por parte das entidades institucionais, relativamente à transição de cuidados na UCI, para potenciarem o trabalho de equipa, a comunicação e a segurança do paciente.</p>
Limitações/recomendações	Os enfermeiros da UCI que responderam ao convite para participar nas entrevistas de <i>focus group</i> eram todos experientes, a inclusão de enfermeiros menos experientes poderia ter contribuído para fortalecer os resultados do estudo.

Título	<i>Can we talk? The Bedside Report Project.</i>
Autor	Rogers, Joanna Li, Richmond Clements, Rebecca Casperson, Susan Sifri, Christi
Ano	2017
Tipo de estudo	Projeto de parceria com a <i>American Association of Critical-Care Nurses -Clinical Scene Investigator</i>
Objetivos	Melhorar a comunicação entre enfermeiros através da implementação de um projecto que visa a estandardização da transição de cuidados, à cabeceira do doente.
Resultados e Conclusões	<p>Foi criada uma ferramenta (BSR) com as informações contidas nos registos clínicos informatizados para padronizar uma lista de verificações de segurança para o doente. Esta ferramenta combina a mnemónica SBAR (<i>Situation-Background-Assessment-Recommendations</i>) e um novo projeto criado pelo <i>Franciscan Health System</i> dos 5 P's: Projeto (identificação do doente e histórico de saúde), Plano, Propósito, Problemas/avaliação e Precauções/Recomendações. Estes 5 P's são uma forma de orientar e estruturar a fluência da informação, melhorando assim a comunicação dos profissionais.</p> <p>Foi realizada uma avaliação ao fim de 6 meses de implementação do projeto que revelou que erros terapêuticos relacionados com a comunicação durante a transição de cuidados diminuíram 80% (de 5 para 1); também as quedas dos doentes tiveram um decréscimo de 100% (2 para 0); a satisfação dos familiares aumentou em 12% e a satisfação dos doentes teve um acréscimo de 23%. Relativamente à satisfação dos enfermeiros, esta é também positiva diferindo entre quem transfere os cuidados (13%) entre quem recebe (23%).</p>
Limitações/recomendações	<p>Foram realizadas sessões de treino e formação de enfermeiros para a utilização desta ferramenta, sendo recomendado que a informação partilhada deveria ser consultada no processo informatizado do doente à cabeceira do mesmo, durante a transição de cuidados. Contudo, foram identificadas algumas barreiras como: a privacidade do doente, a confidencialidade da informação, o acesso a doentes com medidas de isolamento, relutância dos profissionais em falar junto do doente, gestão do tempo e ansiedade relativa à mudança.</p> <p>Apesar dos resultados positivos, manter este projeto é um desafio, pois é fácil voltar aos "velhos hábitos", contudo é necessário encorajar os enfermeiros a modificar a sua prática.</p>

Título	<i>Nursing team leader handover in the intensive care unit contains diverse and inconsistent content: An observational study.</i>
Autor	Spooner, A.J. Aitkenb, L.M. Corleya, A. Frasera, J.F. Chaboyerc, W.
Ano	2016
Tipo de estudo	Observacional prospetivo.
Objetivos	Determinar o conteúdo da informação transferida pelo enfermeiro chefe de equipa durante a passagem de turno na UCI.
Resultados e Conclusões	<p>A frequência do conteúdo discutido durante a transição de cuidados insere-se nas categorias da mnemónica ISBAR (<i>Identity-Situation-Background-Assesment-Recommendations</i>).</p> <p>Desta forma, a maioria dos enfermeiros, 99%, discutiu a identidade (<i>Identity</i>); 96% a situação (<i>Situation</i>) e 88% os antecedentes (<i>Background</i>) dos pacientes. Contudo, a avaliação (<i>Assesment</i>) foi variável entre os pacientes com 69% e as recomendações (<i>Recommendation</i>) foram discutidas com menos frequência, 60%.</p> <p>Uma abrangente e diversa informação adicional foi discutida, não sendo incluída na mnemónica ISBAR.</p> <p>Apesar de se conhecer a importância da transição de cuidados do enfermeiro chefe de equipa, não existem estudos que o demonstrem. Este estudo, demonstra que a transição de cuidados dos enfermeiros chefes de equipa contem informação diversa e inconsistente, que pode conduzir a transições adequadas que comprometem a segurança do paciente.</p>
Limitações/recomendações	<p>Este estudo foi realizado numa única UCI, com uma amostra relativamente pequena, embora tenha gerado uma grande quantidade de dados para análise que permitiu compreender o panorama geral das transições de cuidados entre enfermeiros chefes de equipa na UCI. Os investigadores escolheram estudar as transições de segunda a sexta-feira, quando a UCI está mais movimentada, sendo possível que ao fim-de-semana o conteúdo das transições possa ser diferente.</p> <p>Outra limitação da observação comportamental é o <i>efeito Hawthorne</i>, sendo que os enfermeiros sabendo que estão a ser observados, podem modificar o seu comportamento. Contudo os investigadores acreditam que os enfermeiros aparentavam estar confortáveis com auditorias e observação da sua transição de cuidados e as alterações ao comportamento foram mínimas.</p> <p>Este estudo demonstra que instrumentos de transição de cuidados, como o ISBAR, por si só, podem não ser adequados para preencher as necessidades da transição de cuidados numa UCI, sendo necessário incorporar informações adicionais no momento da transição.</p> <p>Além disso, omissões consistentes de informações importantes do paciente realçam a necessidade de identificar barreiras e facilitadores para que estratégias direcionadas possam ser implementadas para melhorar a transferência dessas informações.</p> <p>O benefício de se usar outros tipos de transição de cuidados (por exemplo: interdisciplinar) em UCI, deve ser estudada.</p>
Título	<i>A rapid assessment of barriers and facilitators to safety culture in an intensive care unit.</i>
Autor	Livorsi, D. Knobloch, M.J. Blue, L.A.

	Swafford, K. Maze, L. Riggins, K. Hayward, T. Safdar, N.
Ano	2016
Tipo de estudo	Qualitativo
Objetivos	Identificar oportunidades para uma cultura de segurança numa Unidade de Cuidados Intensivos
Resultados e Conclusões	De acordo com os resultados foram selecionadas 3 áreas no domínio da segurança: o reporte de erros, a abordagem das figuras de autoridade e a transições de cuidados. No que concerne à transição de cuidados, foram identificadas barreiras relativas à cultura de segurança, nomeadamente as interrupções, o limite de tempo, a fadiga dos profissionais e a falta de recursos. As interrupções são mesmo a barreira mais frequente, enumerando-se as interrupções pelos familiares, telefonemas ou pelos médicos. Como fatores facilitadores da cultura de segurança identificam-se a atenção aos detalhes e a utilização de ferramentas padronizadas. Alguns enfermeiros referem que a utilização de ferramentas evita erros na transmissão de informações e valorizam a autonomia profissional no momento da transição, sendo fundamental existência de precisão no que é escrito e transmitido.
Limitações/recomendações	O desenvolvimento de estratégias internas (na UCI) para reduzir as barreiras identificadas pode promover uma experiência mais segura do doente durante o internamento hospitalar.

Título	<i>Improving the postoperative handover process in the intensive care unit of a tertiary teaching hospital.</i>
Autor	Yang, Jian-Guo Zhang, Jun
Ano	2016
Tipo de estudo	Estudo pré-teste/pós-teste com follow-up 3 meses depois
Objetivos	Melhorar o processo de transição de cuidados no pós-operatório e os resultados imediatos para o doente, através da implementação de um protocolo de transição de cuidados na Unidade de Cuidados Intensivos Neurocirúrgicos de um hospital universitário.
Resultados e Conclusões	Através a implementação de um protocolo de transição de cuidados, foram conseguidas melhorias no trabalho de equipa, os cirurgiões estavam mais frequentemente presentes na transição à cabeceira do doente; a taxa de transferência de mensagens-chave aumentou; a taxa de desmame ventilatório nas primeiras 6 horas de admissão na UCI aumentou e a duração da ventilação em doentes sem incidentes nas primeiras 24h após admissão na UCI foi reduzida. Este protocolo permitiu assim melhorias ao nível da comunicação, trabalho de equipa e resultados positivos para o doente.
Limitações/recomendações	Esta pesquisa evidencia a necessidade dos políticos e administradores criarem protocolos específicos para melhorar a transição de cuidados no período pós-operatório.

Título	<i>Medication communication during handover interactions in specialty practice settings.</i>
Autor	Braaf, Sandra Rixon, Sascha Williams, Allison Liew, Danny

	Manias, Elizabeth
Ano	2015
Tipo de estudo	Qualitativo exploratório e observacional
Objetivos	Investigar qual e como a informação sobre medicação é comunicada durante a transição de cuidados na área hospitalar.
Resultados e Conclusões	Após 130 horas de recolha de dados através da observação de 185 profissionais de saúde (37 enfermeiros) verificou-se que os profissionais de saúde transmitem apenas alguns detalhes relativos à medicação do doente e os enfermeiros que estão de entrada raramente colocam questões sobre a medicação durante a transição de cuidados. A transição de cuidados contém informação restrita e incompleta sobre medicação. Melhorar a transparência e precisão da comunicação sobre medicação é vital para otimizar a segurança do doente e a qualidade dos cuidados na prática especializada.
Limitações/recomendações	Para que os enfermeiros tomem decisões rápidas e informadas no que diz respeito à prestação de cuidados do doente, a informação sobre todos os tipos de medicação prescrita é essencial. Esta informação deve ser transmitida de forma clara e explícita. Jargão e suposições relacionadas com detalhes sobre a medicação devem ser minimizados para reduzir o risco de mal-entendidos. A divulgação de informação sobre medicação suporta o desempenho dos enfermeiros para uma avaliação precisa do doente, tomada de decisões informadas sobre a adequação da medicação e as suas doses, antecipando possíveis efeitos adversos associados à medicação. Para além disso, os benefícios do doente e família contribuírem na comunicação sobre a medicação durante a transição de cuidados também deve ser considerada.

Síntese de dados

Os resultados finais são apresentados na **Tabela 3**, de forma a responder à questão da revisão integrativa e ao objetivo da mesma.

Tabela 3 – Apresentação dos resultados.

Questão de Revisão	Resultados-chave	Identificação do estudo
Quais as estratégias/intervenções utilizadas pelos enfermeiros na transição de cuidados que podem ter influência na segurança da PSC.	Os enfermeiros utilizaram os instrumentos de forma consistente, era confirmada a identidade do paciente (0% vs 100%), a transição era realizada "à cabeceira" do paciente (25% vs 100%) e a transferência de informação completa foi melhorada (40% vs 100%). A adoção de instrumentos de padronização da transição de cuidados da UCI para a enfermaria reduz as variáveis que podem ser um risco para a segurança do paciente. A utilização de ferramentas específicas para um contexto permite padronizar o processo de transição de cuidados através do conteúdo verbal, lista de verificações de segurança e uma matriz para identificação dos riscos.	(Graan, Botti, Wood & Redley, 2015).
	Registos de escrita livre manual e formulários impressos; Ferramentas para a estandardização da transição de cuidados com espaço para construção de narrativas.	(Blaz, Doig, Cloyes & Stagers, 2016)

As existências de distrações durante o processo de transição de cuidados comprometem o mesmo. O fator humano foi a distração mais comum, sendo possível apurar um aumento das distrações proporcional ao aumento da duração da transição de cuidados. Este estudo permite melhorar o processo de transição de cuidados durante a transferência de doentes (admitidos e transferidos) da UCI através da identificação destas barreiras para implementação de estratégias de melhoria da qualidade da transição.

(KOWITLAWA KUL, *et al.*, 2015)

As interrupções podem levar a perda de informações críticas e resultar em eventos adversos para o doente. Gerir com eficácia as interrupções no momento de transição de cuidados para promover a segurança dos doentes.

(Spooner, Corley, Chaboyer, Hammond & Fraser, 2015)

A mnemónica ISBAR é uma ferramenta útil para orientar a transição de cuidados. A criação de uma base de dados para a transição de cuidados deve conter termos associados ao ISBAR, assim como informações específicas da UCI e do paciente, para manter a continuidade dos cuidados e garantir a segurança do paciente durante a transição entre turnos.

(Spooner, Aitken, Corley, Chaboyer, 2018)

Na transição de cuidados de Enfermagem intra-hospitalar, sugere-se a implementação de medidas por parte da organização. Estas intervenções deverão ter como objetivo criar um histórico, melhorar a compreensão mútua entre enfermeiros e apoiar um procedimento padronizado para reduzir o erro humano.

(Bergs, *et al.*, 2018)

Em 98% dos casos foi utilizado um instrumento padronizado para a transição de cuidados, contudo em 90% dos casos foi relatado como incompleto e, portanto, subutilizado pela equipa.

(Oliveira, *et al.*, 2018)

Também a descrição parcial das situações referentes ao paciente crítico pode estar relacionada com a falta de tempo em relação à carga de trabalho exigida pela UCI e rácio enfermeiro-doente, e/ou pela possível não valorização das informações contidas no atual instrumento.

Os enfermeiros priorizaram mais aspetos diretos e clínicos, relacionados à gravidade e assistência dos pacientes, em detrimento dos registos e comunicação com a equipa.

Considerou-se que 80% dos fatores que interferem com a transição de turno são o toque de alarmes de monitores, bombas infusoras e ventiladores mecânicos, sendo que 89% das vezes, não são atendidos, contribuindo para um aumento de ruído na UCI, podendo agravar a falha na comunicação durante a transferência de informação.

Os fatores intervenientes são considerados agravantes para a comunicação efetiva entre a equipe de enfermagem e representam riscos para a segurança do paciente.

A ausência de objetivos comuns na transição de cuidados de pacientes de Unidades com monitorização intensiva para enfermarias generalistas causam dificuldades na comunicação e trabalho de equipa, perda de informação e potenciais riscos para os pacientes.

(Bunkenborg, Hansen & Hølge-Hazelton, 2017)

Criação de uma ferramenta com as informações contidas nos registos clínicos informatizados para padronizar uma lista de verificações de segurança para o doente. Utilização da mnemónica SBAR e dos 5 P's, de forma de orientar e estruturar a fluência da informação, melhorando assim a comunicação dos profissionais. (Rogers, Li, Clements, Casperson & Sifri, 2017)

O conteúdo discutido durante a transição de cuidados insere-se nas categorias da mnemónica ISBAR, contudo, este estudo demonstra que para além disso, a transição de cuidados dos enfermeiros chefes de equipa contem mais informação diversa e inconsistente, que pode conduzir a transições adequadas que comprometem a segurança do paciente. (Spooner, *et al.*, 2016)

Identificação de barreiras relativas à cultura de segurança na transição de cuidados, nomeadamente as interrupções, o limite de tempo, a fadiga dos profissionais e a falta de recursos; como fatores facilitadores da cultura de segurança identificam-se a atenção aos detalhes e a utilização de ferramentas padronizadas. A utilização de ferramentas evita erros na transmissão de informações e valorizam a autonomia profissional no momento da transição, sendo fundamental existência de precisão no que é escrito e transmitido. O desenvolvimento de estratégias internas (na UCI) para reduzir as barreiras identificadas pode promover uma experiência mais segura do doente durante o internamento hospitalar. (Livorsi, *at al.*, 2016)

A implementação de um protocolo de transição de cuidados permitiu melhorias ao nível da comunicação, trabalho de equipa e resultados positivos para o doente. Esta pesquisa evidencia a necessidade dos políticos e administradores criarem protocolos específicos para melhorar a transição de cuidados no período pós-operatório. (Yang & Zhang, 2016)

Melhorar a transparência e precisão da comunicação sobre a medicação no momento da transição de cuidados para otimizar a segurança do doente e a qualidade dos cuidados. Para que os enfermeiros tomem decisões rápidas e informadas no que diz respeito à prestação de cuidados do doente, a informação sobre todos os tipos de medicação prescrita é essencial. Esta informação deve ser transmitida de forma clara e explícita. Jargão e suposições relacionadas com detalhes sobre a medicação devem ser minimizados para reduzir o risco de mal-entendidos. A divulgação de informação sobre medicação suporta o desempenho dos enfermeiros para uma avaliação precisa do doente, tomada de decisões informadas sobre a adequação da medicação e as suas doses, antecipando possíveis efeitos adversos associados à medicação. Para além disso, os benefícios do doente e família contribuirão na comunicação sobre a medicação durante a transição de cuidados também deve ser considerada. (Braaf, Rixon, Williams, Liew & Manias, 2015)

Discussão de resultados

Através da análise dos resultados obtidos, verifica-se que são identificadas algumas estratégias para a promoção da segurança do doente no momento da transição de cuidados, nomeadamente a utilização de instrumentos padronizados e listas de verificações (checklist's) de segurança que permitem transferir informação completa (Graan, Botti, Wood & Redley, 2015; Oliveira, *et al.*, 2018). Neste sentido, mnemónicas como o SBAR, o ISBAR e os “5P’s” são referidos como exemplo de ferramentas úteis para transição de informação específica, nomeadamente no contexto de cuidados à PSC (Rogers, Li, Clements, Casperson & Sifri, 2017; Spooner, Aitken, Corley, Chaboyer, 2018).

Para além disso, também é apontado como estratégia a transição “à cabeceira” do doente (Graan, Botti, Wood & Redley, 2015), que permite uma observação física em tempo real, identificando e minimizando os riscos para a segurança do doente, como por exemplo através da confirmação da identidade do doente à priori.

Outro estudo defende que os registos são uma importante intervenção para garantir a segurança do doente, quer através de formulários impressos standardizados, como já referido anteriormente, mas também salienta que os registos devem conter escrita livre e manual para a construção de narrativas (Blaz, Doig, Cloyes & Staggers, 2016), pois tal permite dar a conhecer melhor as situações clínicas e a individualidade de cada doente.

Alguns estudos identificam fatores que põem em risco o processo de transição de cuidados e consequentemente comprometem a segurança da PSC. São referidas as distrações, o ruído, o excesso de trabalho ou rácio deficiente de profissionais para cumprir as estratégias definidas (Oliveira, *et al.*, 2018). Também é feita atenção à discrepância de objetivos comuns entre os enfermeiros de diferentes contextos, compreendendo-se que os enfermeiros em contexto de cuidados à PSC priorizam informação específica no momento de transição de cuidados, comparativamente aos profissionais que desempenham funções na enfermaria (Bunkenborg, Hansen & Hølge-Hazelton, 2017). Desta forma, é referida a necessidade de implementar estratégias, mesmo ao nível institucional da organização de saúde, para que os fatores que implicam a transição de cuidados e consequentemente a segurança dos doentes, sejam minimizados. Contudo, não são apresentadas estratégias específicas devido à necessidade de adaptação a cada contexto.

Conclusão

Os resultados obtidos apontam como principais estratégias para uma transição de cuidados segura a utilização de ferramentas, *checklist's* e auxiliares de memória (mnemónicas), assim como, a transição de cuidados junto do doente e registos de Enfermagem padronizados, mas que permitam a construção de uma narrativa através de escrita livre. As estratégias referidas devem ser implementadas por toda a equipa, com apoio institucional, pois têm o intuito de evitar erros na transmissão de informações, melhorando a vigilância dos doentes e contribuindo para a sua segurança.

O desenvolvimento de estratégias de promoção da segurança do doente antes, durante e após a transição de cuidados é da responsabilidade dos enfermeiros intervenientes na transição, pelo que a coerência e precisão da informação que é transmitida contribui para dar visibilidade à autonomia profissional. Para além disso, a transição de cuidados do doente crítico acontece em ambiente multidisciplinar, verificando-se que através das estratégias identificadas é possível favorecer o trabalho de equipa, resultando também em cuidados de saúde mais seguros.

Assume-se assim que a transição de cuidados tem um importante papel na influência da qualidade e continuidade dos cuidados e por sua vez contribui para a melhorar a segurança dos doentes, por este motivo é fundamental continuar o desenvolvimento de trabalhos de investigação nesta área, para eliminar barreiras que ainda comprometem a segurança da PSC na transição de cuidados de Enfermagem.

Referências

- Birmingham, P.; Blegen, M. A.; Lyndon, A. (2015). Handoffs and Patient Safety: Grasping the Story and Painting a Full Picture. *West J Nurs Res.*, 37(11), 1–18. <https://doi.org/10.1177/0193945914539052>.Handoffs
- Brás, C.; Ferreira, M. (2016). Clinical Communication (handover) and Safety of Nursing Care: a literature review. *Millenium*, 2 (1), 117-124. Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/3660/4/10089-30421-1-PB-117-124.pdf>
- Colvin, M. O.; Eisen, L. A.; Gong, M. N. (2016). Improving the Patient Handoff Process in the Intensive Care Unit - Keys to reducing errors and improving outcomes. *Semin Respir Crit*

Care Med, 1, 90–106. DOI: 10.1055/s-0035-1570351

DGS (2017). Norma nº001/2017 *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017.aspx>

Holly, C.; Poletick, E. B. (2013). A systematic review on the transfer of information during nurse transitions in care. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 2387-2396. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12365/pdf>

Joanna Briggs Institute (2014). *Reviewers' Manual: 2014 Edition*. Australia: The University of Adelaide. ISBN: 978-1-920684-11-2. Disponível em: <https://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual-2014.pdf>

Kowitlawakul, Y., Leong, B. S. H., Lua, A., Aroos, R., Wong, J. J., Koh, N., Mukhopadhyay, A. (2015). Observation of handover process in an intensive care unit (ICU): barriers and quality improvement strategy. *International Journal for Quality in Health Care*, 27 (February), 99–104. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv002>

Ordem dos Enfermeiros (2007). *Segurança nos Cuidados - VII Seminário do Conselho Jurisdicional*. Nº 24 ISSN 1646-2629. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_24_Fevereiro_2007.pdf

Pires, M. (2014). *Handover - Transmissão de Informação na Admissão do Utente Cirúrgico no Bloco Operatório*. IPS - Escola Superior de Saúde. Disponível em: <http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/7180/1/Relatorio%20Final%20para%20discuss%C3%A3o.pdf>

Santos, A. P. L.; Ferrão, S. (2015). Comunicação Efetiva na Transferência da Pessoa em Situação Crítica: Revisão da Literatura. *Research Gate*, (January). Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/272892569_Comunicacao_Efetiva_na_Transferencia_da_Pessoa_em_Situacao_Critica_Revisao_da_Literatura

Apêndice II

Objetivos de Estágio para a UCIP

Objetivos de Estágio e atividades para a UCIP:

1. Identificar a existência de instrumentos ou estratégias para a transição de cuidados existentes na UCIP;
 - 1.1- Observar a prática dos enfermeiros da UCIP;
 - 1.2- Identificar instrumentos/procedimentos existentes no serviço para a transição e transferência de doentes.

2. Identificar fatores facilitadores ou dificultadores de uma transição de cuidados segura;
 - 2.1- Recolher informação junto da equipa sobre a transição de cuidados de Enfermagem na UCIP através da observação do procedimento;
 - 2.2- Análise através de revisão bibliográfica da realidade da UCIP;

3. Cuidar da PSC durante o processo de transição de cuidados, incluindo as diferentes transferências (passagem de turno, intra e/ou inter-hospitalar);
 - 3.1- Integrar a equipa multidisciplinar da UCIP;
 - 3.2- Participar nos cuidados à PSC em vários momentos da transição de cuidados, nomeadamente na admissão do doente na UCIP, transferência interna e transferência de responsabilidades entre enfermeiros (passagem de turno).

4. Assegurar a continuidade dos cuidados de Enfermagem através da comunicação eficaz e utilização de instrumentos, sistemas de informação ou outras estratégias que permitam garantir a segurança da PSC;
 - 4.1- Utilizar os instrumentos de registo e sistemas de informação existentes na UCIP refletindo no impacto dos mesmos na segurança da PSC na transição de cuidados.
 - 4.2- Participar ativamente na transição de cuidados, transmitindo de forma eficaz informações que permitem assegurar em continuidade a segurança da PSC.

5. Refletir sobre o sentido da prática atual e representações que os pares atribuem à relação entre a segurança da PSC e a sua transição de cuidados;
 - 5.1- Realizar reflexões através do Jornal de Aprendizagem ou reflexões informais junto da equipa da UCIP sobre temas de interesse, nomeadamente na área de Projeto.

6. Demonstrar conhecimento próprio no cuidado à PSC e um nível aprofundado de conhecimento na área da comunicação e de cuidados de Enfermagem, assim como consciência crítica para os problemas encontrados;
 - 6.1- Participar na discussão de questões complexas que envolvam tomada de decisão, responsabilidades éticas e sociais nos cuidados à PSC;
 - 6.2- Divulgar o tema do Projeto e sempre que possível e/ou se justifique para refletir em conjunto sobre os problemas das práticas atuais.

7. Demonstrar autonomia e responsabilidade profissional junto dos pares, contribuindo para o bom funcionamento do serviço;
 - 7.1- Integrar a equipa de Enfermagem da UCIP através do desenvolvimento de relações interpessoais que promovam o trabalho em equipa;
 - 7.2- Agir com responsabilidade ética e profissional para garantir a prestação de cuidados seguros e de qualidade.

8. Gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos, através do diagnóstico antecipado de complicações, implementação de respostas de Enfermagem apropriadas às complicações e monitorização e avaliação da adequação das respostas aos problemas identificados;
 - 8.1- Colaborar na admissão de doentes na UCIP identificando e planeando os cuidados necessários, documentando os respetivos em sistema próprio do serviço;
 - 8.2- Planear os cuidados de continuidade de acordo com a priorização e antecipação das necessidades dos doentes, otimizando tempo e recursos, assegurando a continuidade de cuidados através da transição eficaz.

9. Prestar cuidados à PSC na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, através da identificação e resposta precoce a focos de instabilidade e execução de cuidados técnicos de alta complexidade;
 - 9.1- Monitorizar e vigiar a PSC, aplicando os conhecimentos teóricos;
 - 9.2- Participar na realização de técnicas específicas, em colaboração com a equipa multidisciplinar da UCIP;
 - 9.3- Utilizar os equipamentos existentes na UCIP que permitem a execução de cuidados complexos que têm em vista a recuperação ou manutenção das funções vitais

Apêndice III

Objetivos de Estágio para o SU

Objetivos de Estágio para o SU:

Objetivos	Atividades
10. Identificar a existência de instrumentos ou estratégias para a transição de cuidados existentes no SU;	- Observar a prática dos enfermeiros no SU; - Identificar instrumentos/procedimentos existentes no serviço para a transição e transferência de doentes.
11. Identificar fatores facilitadores ou dificultadores de uma transição de cuidados segura;	- Recolher informação junto da equipa sobre a transição de cuidados de Enfermagem no SU através da observação do procedimento e participação ativa; - Análise através de revisão bibliográfica da realidade do SU;
12. Assegurar a continuidade dos cuidados de Enfermagem através da comunicação eficaz e utilização de instrumentos, sistemas de informação;	- Utilizar os instrumentos de registo e sistemas de informação existentes no SU refletindo no impacto dos mesmos na segurança da PSC na transição de cuidados. - Participar ativamente na transição de cuidados, transmitindo de forma eficaz informações que permitem assegurar em continuidade a segurança da PSC.
13. Demonstrar conhecimento próprio no cuidado à PSC e um nível aprofundado de conhecimento na área da comunicação e transição de cuidados, assim como consciência crítica para os problemas encontrados;	- Participar nos cuidados à PSC em vários momentos da transição de cuidados, nomeadamente na admissão do doente no SU e transição de responsabilidades entre enfermeiros (passagem de turno). - Participar na discussão de questões complexas que envolvam tomada de decisão, responsabilidades éticas e sociais nos cuidados à PSC; - Divulgar o tema do Projeto e sempre que possível e/ou se justifique para refletir em conjunto sobre os problemas das práticas atuais;
14. Demonstrar autonomia e responsabilidade profissional junto dos pares, contribuindo para o bom funcionamento do serviço;	- Integrar a equipa de Enfermagem do SU através do desenvolvimento de relações interpessoais que promovam o trabalho em equipa; - Agir com responsabilidade ética e profissional para garantir a prestação de cuidados seguros e de qualidade.
15. Gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos, através do	- Colaborar na admissão de doentes no SU, nomeadamente na Sala de Reanimação, SO e UIPA;

<p>diagnóstico antecipado de complicações, implementação de respostas de Enfermagem apropriadas às complicações e monitorização e avaliação da adequação das respostas aos problemas identificados;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Planear os cuidados de continuidade de acordo com a priorização e antecipação das necessidades dos doentes; - Otimizar tempo e recursos, assegurando a continuidade de cuidados através da transição eficaz.
<p>16. Prestar cuidados à PSC na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, através da identificação e resposta precoce a focos de instabilidade e execução de cuidados técnicos complexos;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Participar na primeira abordagem à PSC na admissão na sala de reanimação, mobilizando os conhecimentos teóricos de SAV; - Colaborar na prestação de cuidados à PSC em regime de internamento no SU.
<p>8. Desenvolver capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Participar na discussão em equipa de questões complexas que envolvam tomada de decisão, responsabilidades éticas e sociais nos cuidados à PSC; - Prestar cuidados à PSC tendo em vista a recuperação da sua saúde e qualidade de vida ou promover dignidade em fim de vida.
<p>9. Gerir os cuidados, otimizando a eficiência da resposta da equipa de Enfermagem e a articulação com a restante equipa multiprofissional;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer as funções dos enfermeiros que exercem funções no SU e respetiva distribuição pelos diferentes sectores; - Conhecer os procedimentos do SU para a organização de cuidados; - Colaborar com a enfermeira chefe de equipa na gestão de cuidados; - Colaborar com a equipa médica na transmissão de “más notícias” e notificações de óbito.
<p>10. Desenvolver competências específicas para o cuidado à PSC em contexto de SU.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer os planos de contingência e situações de emergência e catástrofe para o SU; - Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção, cumprindo normas, procedimentos e recomendações, adequando-os ao SU.

ANEXOS

Anexo I

Metodologia ISBAR



ANEXOS

Anexo I - modelo explicativo da técnica 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> a) Antecedentes clínicos; b) Níveis de dependência; c) Diretivas antecipadas de vontade; d) Alergias conhecidas ou da sua ausência; e) Hábitos relevantes; f) Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma; g) Técnicas invasivas realizadas; h) Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar; i) Identificação da situação social e da capacitação do cuidador.
A Avaliação	
Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> a) Indicação do plano de continuidade de cuidados; b) Informação sobre consultas e MCDT agendados; c) Identificação de necessidades do cuidador informal.

Anexo II

Instrumento para passagem de ocorrência do enfermeiro responsável de turno na
UCIP

Anexo III

Instrumento para passagem de ocorrências entre os enfermeiros da UCIP

Anexo IV

Instrumento para a transferência de doentes da UCIP

CAMA –

<p><u>Motivo da admissão / Resumo da situação clínica:</u></p> <p>Motivo e Data de admissão UCIP; Resumo do Internamento (informações clínicas e datas de extubação /cirurgias/ exames invasivos, se aplicável);</p>	<p><u>Motivo da admissão / Resumo da situação clínica:</u></p> <p>Dia _____ é transferido para a enfermaria de _____ por indicação médica.</p> <p>Alergias (alimentares e medicamentosas):</p> <p>Espólio:</p>
<p><u>Respiração:</u></p> <p>Eupneico, respiração mista de média amplitude com boas oximetrias periféricas, não sendo necessário fazer aporte de Oxigénio.</p>	<p><u>Respiração:</u></p>
<p><u>Estado de Consciência</u></p> <p>Doente com score _____ escala de Glasgow, orientada na pessoa, tempo e espaço. Pupilas isocóricas e isoreactivas.</p>	<p><u>Estado de Consciência:</u></p>
<p><u>Comunicação:</u></p> <p>Apresenta discurso fluente, sem défices.</p>	<p><u>Comunicação:</u></p>
<p><u>Alimentação:</u></p> <p>Dieta _____ que ingere com apetite, precisa apenas de ajuda para dispor o tabuleiro. Tem Entubação Naso/Orogástrica, com sonda n.º _____ e colocada / substituída ____ / ____ / ____.</p>	<p><u>Alimentação:</u></p> <p>Alimentar-se, dependente em grau elevado</p>
<p><u>Mobilização / Posicionamento</u></p> <p>Posicionado (autonomia) _____ . Ainda não fez levante (tolerância) por....</p>	<p><u>Mobilização / Posicionamento:</u></p>
<p><u>Eliminação Urinária</u></p> <p>Tem cateter vesical para controlo do débito urinário e do balanço hídrico. Foi algaliada no dia ____ / ____ / ____, com sonda vesical n.º _____, apresenta urina com as seguintes características. Deve ser substituída a sonda no dia ____ / ____ / _____.</p>	<p><u>Eliminação Urinária:</u></p>
<p><u>Eliminação Intestinal</u></p> <p>O abdómen apresenta-se _____.</p>	<p><u>Eliminação Intestinal:</u></p>

<p>A última dejeção foi a _____, de fezes _____.</p>	
<p><u>Cuidados de Higiene:</u> Prestados cuidados de higiene e conforto no leito com ajuda _____, referir grau de dependência. Fez protocolo _____.</p>	<p><u>Cuidados de Higiene:</u> Auto cuidado: higiene, dependente em grau elevado Cumpriu _____ dias de protocolo de rastreio de MRSA.</p>
<p><u>Integridade Cutânea:</u> Escala de Braden _____. A sutura operatória apresenta _____, sem sinais inflamatórios. Referir se foram retirados os pontos / agrafos da sutura operatória. Referir se tem dreno, _____ e qual o volume dreno e características do líquido drenado. Caracterizar a integridade da pele e mucosas (se tem úlceras por pressão, referir grau e tipo tratamento).</p>	<p><u>Integridade Cutânea:</u></p>
<p><u>Hemodinâmica:</u> - Sinais Vitais à Saída da UCIP: FC; TA; FR; SatO2; Temperatura; Glicémia Capilar; PVC; Dor;</p>	<p><u>Hemodinâmica:</u> FC-; TA-mmHg; FR-; SatO2-; Temperatura-; Glicémia Capilar- ; PVC-; Dor-;</p>
<p><u>Cateterismos</u> Foi colocado CVC a _____, na _____, de _____ lumens, com soro em curso _____. Restantes lumens estão heparinizados. Penso realizado a _____, local de inserção cateter _____. Mantém Linha Arterial na Radial, de _____ funcionando, com boa linha tensional. Último penso realizado na Manhã de _____.</p>	<p><u>Cateterismos:</u> Foi colocado CVC a _____, na _____, de _____ lumens, com soro em curso _____. Restantes lumens estão heparinizados. Penso realizado a _____, local de inserção cateter _____. Mantém Linha Arterial na Radial, de _____ funcionando, com boa linha tensional. Último penso realizado na Manhã de _____.</p>
<p><u>Plano de Reabilitação:</u> Iniciou plano de reabilitação com _____. Fez levante para o cadeirão desde o dia _____, com tolerância.</p>	<p><u>Plano de Reabilitação:</u> Iniciou plano de reabilitação com _____. Fez levante para o cadeirão desde o dia _____, com tolerância.</p>
<p><u>Notas Adicionais</u></p>	<p><u>Notas Adicionais:</u></p>

