



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Transição Segura de Cuidados do Doente Crítico

Helder André Vermelho Saias

Orientação: Professor Doutor Adriano Dias Pedro

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica: A

Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

Transição Segura de Cuidados do Doente Crítico

Helder André Vermelho Saias

Orientação: Professor Doutor Adriano Dias Pedro

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica: A

Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.”

(Antoine de Saint-Exupéry, 1943)

AGRADECIMENTOS

Aos professores, prof. ^o Adriano Pedro e prof.^a Maria do Céu Marques, pela orientação durante os estágios, pelas sugestões, apoio e disponibilidade. A todos os professores do curso de Mestrado com quem tive a oportunidade de privar e aprender durante este percurso.

Às enfermeiras Orientadoras dos estágios no SUG do CHBM e na UCICOR do CHS, pela orientação e partilha de experiências e conhecimentos, pelas oportunidades de aprendizagem criadas, pelo excelente exemplo de profissionalismo demonstrado.

A todos os colegas que privei durante os estágios, que pela sua partilha de conhecimentos tornaram os estágios momentos ainda mais enriquecedores.

Aos meus colegas do curso de Mestrado, por todos os momentos vividos em conjunto, mas sobretudo pelo companheirismo e amizade durante todo este percurso em comum.

Aos meus Pais, pelo apoio sempre incondicional, não só nesta etapa, mas em todas da minha vida, são os melhores.

À Susana pelo encorajamento que sempre me deu, por me ajudar, mas principalmente por todo o carinho e amor, mesmo quando o tempo era pouco.

A todos o maior OBRIGADO do mundo!

RESUMO

Este relatório de estágio surge como etapa final da conclusão do ciclo de estudos, referente ao curso de Mestrado em Enfermagem na Área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica. Tem como principal objetivo refletir e analisar criticamente as atividades desenvolvidas no processo de aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, assim como as competências de Mestre em Enfermagem.

No presente relatório de estágio, encontra-se descrito todo o processo relativo ao Projeto de Intervenção em Serviço, levado a cabo no estágio Final do curso de Mestrado, que decorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos Coronários, onde se implementou a metodologia ISBAR nos momentos de transição de cuidados do doente crítico, assumindo-se como um papel importante na melhoria da segurança do doente, assim como um elemento importante na continuidade dos cuidados, evitando possíveis eventos adversos e visando uma transição segura de cuidados do doente crítico.

A análise reflexiva efetuada constituiu por si só um importante elemento de crescimento profissional e pessoal, considerando-se adquiridas as competências que conferem o título de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, assim como as competências inerentes à atribuição do grau de Mestre em Enfermagem.

Palavras-chave: Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica e de Mestre em Enfermagem; Doente crítico; Metodologia ISBAR; Segurança do doente; Transição de Cuidados.

ABSTRACT

Safe Care Transition of critical patient

This internship report appears as the final step of the conclusion of the cycle of studies, referring to the Master's degree in Nursing in the area of specialization in Medical-Surgical Nursing: The Person in a Critical Situation. Its main objective is to reflect and analyse critically the activities developed in the process of acquiring common and specific competencies of the specialist nurse in Medical-Surgical Nursing: The Person in Critical Situation, as well as the competencies of Master in Nursing.

In the present report of the internship, all the process related to the Intervention Project in Service, carried out in the final stage of the Master's course, has been described, which took place in a Coronary Intensive Care Unit, where the ISBAR methodology was implemented in the moments of care transition of critical patient, assuming itself as an important role in improving patient safety as well as an important element in the continuity of care, avoiding possible adverse events and aiming for a safe care transition of critical patient.

The reflexive analysis carried out was an important element of professional and personal growth, considering the acquired competencies that confer the title of specialist nurse in Medical-Surgical Nursing: The Person in Critical Situation, as well as the competencies inherent in the attribution of the Master's Degree in Nursing.

Key words: Competencies of the Nursing Specialist in Medical-Surgical Nursing: The Person in Critical Situation and Master in Nursing; Critical Patient; ISBAR Methodology; Patient Safety Transition of Care

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos resultados.....40

Figura 2. Fluxograma de Triagem de Adultos do INEM.....85

INDICE DE TABELAS

Tabela 1. Mnemónica PICOD.....	38
Tabela 2. Classificação dos artigos incluídos por níveis de evidência (JBI) e qualidade metodológica.....	41
Tabela 3. Extração de resultados da Revisão Integrativa.....	134
Tabela 4. <i>Check –list</i> de material e equipamentos necessários para evacuação da UCICOR.....	208
Tabela 5. Grau de Prioridade de Evacuação adaptado de Sánchez-Palacios et, al. (2009).....	208

SIGLAS/ABREVIATURAS

A3ES - Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior

ANPC - Autoridade Nacional de Proteção Civil

AO - Assistentes Operacionais

APA - American Psychological Association

CDI - Cardioversor Desfibrilhador Implantável

CGR - Comissão de Gestão do Risco

CHBM - Centro Hospitalar Barreiro-Montijo

CHS - Centro Hospitalar de Setúbal

CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DGS - Direção-Geral da Saúde

ECG - Eletrocardiograma

EEDE - Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem

EEMI - Emergência Médica Intra-Hospitalar

EMC - Enfermagem Médico-cirúrgica

EMCPSC - Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica

EPHPP - Effective Public Health Practice Project

GCLCIPRA - Grupo Coordenador Local de Controlo de Infeção e Prevenção de Resistências aos Antimicrobianos

GIARC - Grupo de Indicadores, Auditoria e Risco Clínico

GID - Gabinete de Investigação e Desenvolvimento

HDM - Hospital Distrital do Montijo

HNSR - Hospital Nossa Senhora do Rosário

HOSO - Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão

HSB - Hospital de São Bernardo

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

IACS - Infeções Associadas à prestação de Cuidados de Saúde

IPS - Instituto Politécnico de Setúbal

ISBAR - I – Identification; S – Situation; B – Background; A - Assessment e R – Recommendations

ISOBAR - I – Identification; S – Situation; O- Observation B – Background; A- Assessment e R – Recommendations

ITLS - International Trauma Life Support

MCDT - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MRSA – Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAV - Pneumonia Associada à Ventilação

PCR - Paragem Cardiorrespiratória

PICOD - Participantes, Intervenções, Contexto, Resultados (Outcomes) e Desenho do estudo

PIS - Projeto de Intervenção em Serviço

PM - Pacemaker

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

SAV - Suporte Avançado de Vida

SBAR - S- Situation; B – Background; A – Assessment; R - Recommendations

SBV - Suporte Básico de Vida

SIV - Suporte Imediato de Vida

SO - Serviço de Observação

START - Simple Triage And Rapid Treatment

SUG - Serviço de Urgência Geral

UC – Unidade Curricular

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UCICOR - Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

UIPA - Unidade de Internamento Polivalente de Agudos

UNIR - Unidade de Internamentos Rápidos

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

INDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	14
1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS.....	18
1.1 CENTRO HOSPITALAR BARREIRO-MONTIJO.....	18
1.2 SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL.....	18
1.2.1 Recursos Humanos.....	19
1.2.2 Espaço físico e funcionamento.....	20
1.3 CENTRO HOSPITALAR SETÚBAL.....	23
1.4 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS CORONÁRIOS.....	23
1.4.1 Recursos Humanos.....	24
1.4.2 Espaço físico e funcionamento.....	26
2. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO.....	29
2.1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	29
2.2 JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA: REVISÃO INTEGRATIVA.....	37
2.3 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	48
2.4 DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS.....	50
2.5 PLANEAMENTO.....	51
2.5.1 Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da transição dos cuidados.....	51
2.5.2 Apresentar a norma definida pela DGS, em 2017, acerca da Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.....	52
2.5.3 Construir um instrumento padronizado, com base na mnemónica ISBAR para a passagem de turno na UCICOR.....	53
2.5.4 Implementar o instrumento padronizado ISBAR a todos os doentes admitidos na UCICOR.....	54
2.6 EXECUÇÃO.....	55
2.7 AVALIAÇÃO.....	58
2.8 DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS.....	59
3. ANÁLISE REFLEXIVA DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM EMCPSC E DE MESTRE EM ENFERMAGEM.....	61

3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	62
3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM EMCPSC.....	76
3.3 COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM.....	90
CONCLUSÃO.....	97
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	100
APÊNDICES.....	107
APÊNDICE A - Projeto de Estágio.....	108
APÊNDICE B - Extração de Resultados da Revisão Integrativa.....	133
APÊNDICE C - Análise S.W.O.T.....	148
APÊNDICE D - Cronograma de Atividades.....	150
APÊNDICE E - Pedido de Autorização ao Enfermeiro-Chefe para Realização de Projeto de Intervenção em Serviço.....	152
APÊNDICE F - Pedido de Autorização ao Diretor de Serviço para Realização de Projeto de Intervenção em Serviço.....	154
APÊNDICE G - Pedido de Autorização ao Conselho de Administração para Realização de Projeto de Intervenção em Serviço.....	156
APÊNDICE H - Parecer do Gabinete de Investigação e Desenvolvimento do CHS acerca da Realização do Projeto de Intervenção em Serviço.....	158
APÊNDICE I - Instrumento Padronizado.....	160
APÊNDICE J - Plano da Sessão Formativa “Transição Segura de Cuidados do Doente Crítico”.....	163
APÊNDICE K - Divulgação da Sessão Formativa “Transição Segura de Cuidados do Doente Crítico”.....	166
APÊNDICE L - Sessão Formativa “Transição Segura de Cuidados do Doente Crítico”.....	168
APÊNDICE M - Documento de avaliação do Projeto de Intervenção em Serviço “Transição Segura de Cuidados do Doente Crítico”.....	186
APÊNDICE N - Artigo Científico do Projeto de Intervenção em Serviço “Transição Segura de Cuidados do Doente Crítico”.....	189
APÊNDICE O – <i>Check-list</i> de material e equipamentos necessários para evacuação da UCICOR.....	207

ANEXOS.....	210
ANEXO I - Instrumento de Avaliação da Sessão de Formação “Transição Segura de Cuidados do Doente Crítico”	211
ANEXO II - Modelo explicativo da técnica ISBAR.....	214
ANEXO III - Certificado de Participação na Formação “Investigação na prática clínica”.....	216
ANEXO IV - Certificado de Participação na Formação “Noções Básicas de Eletrocardiografia”.....	218
ANEXO V - Certificado de Participação no “Seminário de Catástrofe”.....	220
ANEXO VI - Certificado de Participação na Formação “Módulo IV – Controlo de Infecção”.....	222
ANEXO VII - Certificado de Participação na Formação “Módulo I – Plano de Emergência Interno”.....	224
ANEXO VIII - Certificado de Suporte Básico de Vida.....	226
ANEXO IX - Certificado de Avançado Básico de Vida.....	228
ANEXO X - Certificado de <i>International Trauma Life Support</i>	230
ANEXO XI - Ficha de Realização de Estágio em Meios INEM – SIV.....	232
ANEXO XII - Ficha de Realização de Estágio em Meios INEM – VMER.....	234
ANEXO XIII - Fluxograma de Atuação perante Emergência/Catástrofe Interna no HSB.....	236

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de estágio surge no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica (EMCPSC), ministrado pelo Instituto Politécnico de Setúbal (IPS), em associação com a Universidade de Évora, Instituto Politécnico de Beja, Instituto Politécnico de Portalegre e Instituto Politécnico de Castelo Branco. Este relatório espelha o culminar do ciclo de estudos referente ao curso de Mestrado, estando principalmente relacionado, com a Unidade Curricular (UC) do Estágio I e a UC do Estágio Final do referido curso, realizados no Serviço de Urgência Geral (SUG) do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo (CHBM) e na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCICOR) do Centro Hospitalar de Setúbal (CHS) respetivamente.

Este relatório é proposto para relatar, não só as aprendizagens obtidas nos momentos de estágio, mas também para descrever todo o percurso formativo ao longo do curso de Mestrado, que conduziu o processo de aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMCPSC, conforme enunciadas no regulamento n.º 122/2011 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Regulamento n.º 124/2011 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMCPSC respetivamente, publicados em Diário da República pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011) (Diário da República, 2011a) (Diário da República, 2011b), e as competências de Mestre em Enfermagem consoante o Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de Agosto de 2013, que regula os graus académicos e diplomas do ensino superior (Diário da República, 2013), com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 65/2018, publicado no Diário da República n.º 157/2018, Série I de 16 de agosto de 2018 (Diário da República, 2018).

Para além do processo conducente à aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMCPSC e das competências de Mestre em Enfermagem, são também explicadas todas as etapas do Projeto de Intervenção em Serviço (PIS), segundo a metodologia de projeto, que tem como fulcral objetivo a resolução de problemas, baseando o conhecimento teórico para a sua aplicação posterior na prática (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

O PIS foi levado a cabo durante o estágio Final, que decorreu na UCICOR entre 17 de Setembro de 2018 e 25 de Janeiro de 2019, e surgiu aliado a uma necessidade

evidente na respetiva unidade. Pelo que a sua temática aborda a área da transição de cuidados, que se deve entender como segura, ainda mais com a tipologia de doentes críticos presente na UCICOR, porém os momentos de transição de cuidados eram realizados sem uma metodologia sistemática, o que segundo a evidência mais recente aumenta significativamente o risco de ocorrência de eventos adversos para o doente, pois uma má comunicação nesses momentos de transição de cuidados, sugere a existência de lacunas e erros na informação que pode em última instância levar a situações com dano para o doente.

Os momentos de transição de cuidados caracterizam-se pela sua vulnerabilidade, pois ao enfrentarem processos de transição, os doentes ficam expostos à ocorrência de eventos adversos, com repercussões na sua situação clínica, cabendo à equipa de enfermagem o importante papel de implementar intervenções que criem um impacto na diminuição e prevenção desses eventos adversos, conforme afirma Meleis (2010) na sua “Teoria das Transições”, em que dá ênfase ao papel da enfermagem no alcance da estabilidade do doente após um processo de transição (Meleis, 2010).

A teoria supracitada serviu de sustento à prática diária nos estágios, assim como ao presente relatório, pois é uma teoria que abarca o doente como um todo, dando enfoque aos processos de transição que o doente sofre ao longo do tempo, com base na natureza das transições, nas suas condicionantes e os seus padrões de resposta (Meleis, 2010), pelo que sendo os momentos de transição de cuidados um processo de transição, acarreta um enorme desafio à equipa de enfermagem torna-los mais seguros diminuindo o impacto negativo que esse processo de transição pode acometer.

Associado aos evidentes problemas que uma transição de cuidados ineficaz pode abarcar para o doente, surge também o incumprimento da UCICOR perante o diploma normativo nº 001/2017 de 08/02/2017 da Direção-Geral da Saúde (DGS), com a temática da “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”, que sugere a utilização da metodologia ISBAR (I – Identification; S – Situation; B – Background; A – Assessment e R – Recommendations) (Direção-Geral da Saúde, 2017a), nos respetivos momentos de transição de cuidados, de forma a uniformizar estes momentos e diminuir o respetivo risco para o doente resultante de uma má comunicação (Direção-Geral da Saúde, 2017a).

Assim, tendo por base o Projeto de Estágio (Apêndice A) relativo ao Estágio Final, admite-se como principal objetivo deste relatório de estágio refletir e analisar criticamente as atividades desenvolvidas no processo de aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMCPSC, assim como as

competências de Mestre em Enfermagem. Para além do objetivo geral, destacam-se os seguintes objetivos específicos: Realizar uma caracterização dos contextos em que decorreram os estágios; Descrever as etapas do PIS e Analisar reflexivamente a aquisição de competências de enfermeiro especialista em EMCPSC e de Mestre em Enfermagem.

Nesse sentido o presente relatório encontra-se estruturado em três capítulos distintos. No primeiro capítulo, é realizada uma caracterização dos contextos onde ocorreram os estágios, nomeadamente o SUG do CHBM e a UCICOR do CHS, fazendo referência à instituição hospitalar em questão, assim como os serviços onde se desenrolaram os estágios, fazendo referência aos aspetos relativos à estrutura física, recursos humanos e à dinâmica funcional do respetivo serviço, mostrando a forma como se articulam entre as várias áreas do próprio serviço e os restantes serviços hospitalares.

No segundo capítulo, é feito inicialmente um enquadramento teórico relativamente à temática central do PIS, sobre a transição segura de cuidados do doente crítico. Posteriormente, é relatada a revisão integrativa realizada, como forma a justificar a pertinência da temática e são elucidadas e descritas as várias etapas do PIS desde o diagnóstico de situação à divulgação de resultados.

No terceiro e último capítulo apresenta-se uma análise reflexiva, relativamente às de competências comuns do enfermeiro especialista, baseada nos quatro domínios de competência (Diário da República, 2011a); às competências específicas do enfermeiro especialista em EMCPSC (Diário da República, 2011b) e às competências de Mestre em Enfermagem (Diário da República, 2013), de acordo com os objetivos de aprendizagem do ciclo de estudos do curso de Mestrado, elaborados pelas cinco escolas que o compõem (Universidade de Évora; Instituto Politécnico de Beja; Instituto Politécnico de Castelo Branco; Instituto Politécnico de Portalegre; Instituto Politécnico de Setúbal, 2015). Esta análise é desenvolvida tendo por base as atividades realizadas ao longo de todo o curso de Mestrado, com contributos no processo de aquisição das referidas competências.

Após os três capítulos que compõem o relatório de estágio, é realizada uma conclusão, onde são abordados os aspetos principais de todo o trabalho, assim como as suas conclusões, tanto do PIS como do processo reflexivo de aquisição de competências.

O presente relatório de estágio segue as diretrizes da Norma de Referência Bibliográfica da *American Psychological Association* (APA) 6ª edição e encontra-se redigido de acordo com o novo acordo ortográfico português.

1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS

1.1 CENTRO HOSPITALAR BARREIRO-MONTIJO

O CHBM é composto pelo Hospital Nossa Senhora do Rosário (HNSR) e pelo Hospital Distrital do Montijo (HDM) (Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE, 2017a).

O HNSR no Barreiro foi inaugurado no dia 18 de Janeiro de 1958, dispondo na altura de apenas 115 camas. No dia 1 de Novembro de 2009, através do Decreto-lei n.º 280/2009, deu-se a junção com o Hospital Distrital do Montijo, formando assim o CHBM. O mesmo 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) decorrentes das respetivas valências. Responde às necessidades de saúde de cerca de 213 mil habitantes dos concelhos de Barreiro, Moita, Montijo e Alcochete, de acordo com o Censo de 2011, e tem uma área de abrangência de 572km (Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE, 2017a).

A missão do CHBM é “a prestação de cuidados de saúde diferenciados a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades das unidades hospitalares que o integram” (Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE, 2017b, p. 1), garantindo a acessibilidade aos cuidados de saúde ao nível da educação, promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, garantindo a qualidade e a equidade aos cidadãos numa perspetiva de eficiência e melhoria contínua, visando a procura da excelência nos cuidados prestados, cumprindo os valores adotados pela instituição: o profissionalismo, humanismo, inovação, rigor e eficiência (Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE, 2017b).

1.2 SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

O SUG, do CHBM encontra-se no piso 1 do edifício do HNSR no Barreiro, está integrado na Rede Nacional de Urgências Hospitalares como sendo um Serviço de Urgência Médico-cirúrgica (Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE, 2017c).

Sendo uma urgência médico-cirúrgica 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 (Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE, 2017c).

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 (Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE, 2017c).

1.2.1 Recursos Humanos

O SUG tem uma equipa de enfermagem e Assistentes Operacionais (AO) fixa, ao invés da equipa médica que com exceção do diretor de serviço que exerce todo o seu horário no SUG, é rotativa, sendo formada por médicos das várias especialidades presentes no CHBM que repartem os seus horários pelos serviços de internamento e consultas.

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 Enfermagem Médico-cirúrgica (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 AO, que trabalham à semelhança da equipa de enfermagem por turnos rotativos, e encontram-se também divididos em 5 equipas de trabalho.

O SUG dispõe também de 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 as 16h dos dias úteis para a realização de Eletrocardiogramas (ECG) e uma Assistente Social das 9h as 17h30m dos dias úteis (Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE, 2017c).

1.2.2 Espaço físico e funcionamento

O SUG encontra-se dividido em duas áreas distintas, a área de ambulatório e a área de internamento.

Na área de ambulatório encontram-se à entrada duas zonas onde os doentes que recorrem ao serviço fazem a sua ficha de admissão e posteriormente são encaminhados para o gabinete de triagem, que é feita por um enfermeiro com recurso à Triagem de Manchester, que atribui cores mediante a gravidade da situação clínica apresentada pelo doente. 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 à frente da entrada do SUG ou são encaminhados para dentro do serviço e aguardam junto aos 6 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 utentes atendidos no balcão de cirurgia e ortopedia. Juntamente ao balcão de Cirurgia e Ortopedia está uma sala de pequena cirurgia, onde se efetuam os procedimentos cirúrgicos que não carecem de bloco operatório, que se encontra disponível 24 horas por dia, como é o exemplo da realização de suturas ou drenagens de abscessos (Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE, 2017c).

Para além da especialidade de Medicina Interna, Cirurgia Geral e Ortopedia, que funcionam 24 horas por dia, existe também atendimento a doentes do foro psiquiátrico das 8h às 20h (Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE, 2017c).

Nesta zona de ambulatório encontra-se também uma sala de Reanimação e Trauma, onde são avaliados assim como estabilizados os doentes críticos (Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE, 2017c), dispondo esta sala de capacidade para 2 doentes em simultâneo, porém em alturas críticas chega a ter 3 doentes. Ao lado desta sala encontra-se a sala de inalatórios, onde são encaminhados os doentes com necessidade de aporte de oxigénio e terapêutica inalatória (Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE, 2017c).

Existe também uma sala aberta onde aguardam os doentes em regime de ambulatório, que pelo seu grau de dependência ou instabilidade necessitam de medidas de maior vigilância e monitorização.

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, 5 enfermeiros na manhã e tarde e 4 na noite, sendo que 1 fica destacado para a triagem, 1 para a sala de reanimação e trauma e sala de inalatórios, 2 no balcão geral e medicina interna (1 apenas na noite) e 1 no balcão de cirurgia e ortopedia. Na sala aberta os doentes são atribuídos aos enfermeiros nos balcões, mediante a área médica a que pertencem. Sempre que a situação o exige, a equipa entreadjudasse nas diferentes salas ou gabinetes.

Os registos na zona de ambulatório são efetuados em suporte informático na plataforma chamada 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

(Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE, 2017c). 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 CHBM, sempre que a situação clínica do doente em questão se deteriore e faça aumentar o seu nível de instabilidade.

O SO dispõe de 20 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(Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE, 2017c). 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 que existe a necessidade de acomodação de mais doentes no SO, chegando a alturas críticas a haver taxas de ocupação superiores a 200%, onde os doentes para além das 20 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 (Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE, 2017c).

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 SClinico onde pode colocar as informações médicas, assim como as prescrições de terapêutica e Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica.

1.3 CENTRO HOSPITALAR SETÚBAL

O CHS é composto pelo Hospital de São Bernardo (HSB) e pelo Hospital Ortopédico Sant'ago do Outão (HOSO) (Centro Hospitalar de Setúbal, EPE, 2018a).

O CHS foi inaugurado no dia 9 de Maio de 1959, inicialmente com cerca de 250 camas, com especialidades de Medicina, Cirurgia, Obstetrícia e Pediatria e ainda num pavilhão anexo 20 camas reservadas a doentes com doenças infectocontagiosas (Centro Hospitalar de Setúbal, EPE, 2018a). No dia 31 de Dezembro de 2005 foi criado o CHS, com a fusão entre o HSB e o HOSO (Centro Hospitalar de Setúbal, EPE, 2018a). Neste momento abrange aproximadamente 350 mil habitantes e dispõe de um elevado leque de valências e apesar de não ser um Centro Hospitalar Polivalente, tem ao seu dispor a maioria dos MCDT.

O CHS é uma instituição de referência do distrito de Setúbal no que respeita a técnicas eficientes e inovadoras no tratamento em regime de ambulatório e internamento, primando no compromisso com o doente, diferenciando-se pela sua elevada especificidade e pelo desenvolvimento constante e inovador nos cuidados de saúde (Centro Hospitalar de Setúbal, EPE, 2018b).

A missão do CHS é “a promoção da saúde a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades dos hospitais que o compõem, prestando cuidados de saúde especializados, com respeito pela dignidade dos doentes, e estimulando o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, num quadro de qualidade, eficiência e eficácia organizativa” (Centro Hospitalar de Setúbal, EPE, 2018b, p. 1).

O CHS trabalha integrado na rede de prestação de cuidados de saúde em articulação com outras instituições de saúde de acordo com os protocolos e contratos celebrados, desenvolvendo também atividades complementares de ensino pós-graduado, de investigação ou formação (Centro Hospitalar de Setúbal, EPE, 2018b).

1.4 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS CORONÁRIOS

A UCICOR encontra-se no Serviço de Cardiologia no 2º piso do HSB e têm como principal objetivo a monitorização, suporte e recuperação de funções vitais aos doentes

com patologia do foro cardíaco na sua forma aguda ou crítica, com vista a reduzir os seus índices de mortalidade e morbidade cardiovascular (Centro Hospitalar de Setúbal, EPE, 2010a).

A UCICOR obedece às normas da Sociedade Europeia de Cardiologia, pelo que assume a responsabilidade pelos doentes com disfunção cardíaca, independentemente da disfunção de outros órgãos ou sistemas, prestando suporte e revertendo as falências com implicações vitais ao doente (Centro Hospitalar de Setúbal, EPE, 2010a).

Estando incorporada no Serviço de Cardiologia, a UCICOR pode receber doentes de qualquer serviço de internamento do CHS ou de outra instituição de saúde que não disponha de meios avançados de diagnóstico e terapêutica, sendo que a principal afluência de doentes é proveniente do serviço de hemodinâmica ou do serviço de urgência.

A UCICOR tem disponíveis capacidades técnicas e terapêuticas como reanimação cardiorrespiratória, patência das vias aéreas através de ventilação mecânica invasiva, monitorização eletrocardiográfica e de oximetria contínua, monitorização hemodinâmica invasiva ou não invasiva, central de monitorização de eletrocardiograma e parâmetros vitais, pacing cardíaco externo e transvenoso, administração de terapêutica em sistema de seringa ou bomba infusora, ecocardiografia, assistência circulatória mecânica com sistema de contra-pulsção intra-aórtico, acesso fácil a sala com intensificador de imagem e sistema *point-of-care* para medição do INR (Centro Hospitalar de Setúbal, EPE, 2010a).

1.4.1 Recursos Humanos

A UCICOR apesar de estar incorporada no serviço de Cardiologia tem uma equipa de enfermagem fixa, contudo a equipa de AO é rotativa entre as várias áreas que compõem o serviço de cardiologia. A equipa médica é composta por uma equipa fixa e uma equipa de urgência interna composta pelos médicos cardiologistas do serviço de cardiologia (Centro Hospitalar de Setúbal, EPE, 2010a).

A equipa de enfermagem do serviço de cardiologia é composta por 41 enfermeiros, sendo um deles a enfermeira chefe de serviço, 4 enfermeiros no laboratório de hemodinâmica, 23 enfermeiros afetos à prestação de cuidados na enfermaria, Unidade de Internamentos Rápidos (UNIR) e Unidade de eletrofisiologia e 13 enfermeiros na

UCICOR. Os enfermeiros da UCICOR distribuem-se em 5 equipas de trabalho de 2 ou 3 enfermeiros.

Em cada uma das áreas do serviço de cardiologia 1 dos elementos da equipa de enfermagem está fixo no turno da manhã e é segundo elemento da equipa, acumulando funções de gestão à prestação de cuidados ao doente, sendo que os restantes trabalham por horário rotativo.

Dentro da equipa de enfermagem do serviço de cardiologia, encontram-se 10 enfermeiros especialistas, 7 em EMC, 2 em Enfermagem de Reabilitação e 1 em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica que é a chefe de serviço. De entre estes, na UCICOR existem 3 enfermeiros especialistas em EMC e uma enfermeira especialista em Enfermagem de Reabilitação que é a segundo elemento afeta à UCICOR.

A equipa tem elementos nas várias faixas etárias assim como de experiência profissional, o que acontece no serviço de cardiologia assim como na UCICOR. Os rácios mínimos estabelecidos na UCICOR são de dois enfermeiros em todos os turnos.

A equipa de enfermagem da UCICOR tem pelo menos 50% dos seus enfermeiros com experiência formal na prestação de cuidados em ambiente de cuidados intensivos, pois o trabalho da equipa na UCICOR assenta em dois princípios, os cuidados de enfermagem intensiva, que se caracterizam pelo seu caráter minucioso e qualificado, na prestação de cuidados ao doente com uma ou mais funções vitais comprometidas, efetuando a sua manutenção vital básica assim como atuando na prevenção de complicações (Centro Hospitalar de Setúbal, EPE, 2010a). O outro princípio assente na prestação de cuidados de enfermagem na UCICOR é a observação intensiva de enfermagem, procurando de forma contínua e sistemática os dados relativos à situação clínica e evolução do doente, por forma a uma deteção precoce de complicações (Centro Hospitalar de Setúbal, EPE, 2010b).

A equipa de AO é composta por 13 AO, que trabalham em horário rotativo e são distribuídos diariamente pelas várias áreas do serviço, sendo um deles distribuído em todos os turnos para a UCICOR (Centro Hospitalar de Setúbal, EPE, 2010b).

A equipa médica do serviço de cardiologia é composta por 17 médicos, sendo um o diretor de serviço, 11 médicos cardiologistas e 5 médicos internos da especialidade de Cardiologia. A equipa médica da UCICOR é nos dias úteis das 8h às 16h e nas sextas-feiras das 8h às 18h, formada por uma equipa fixa de dois médicos cardiologistas, fora deste horário encontra-se um médico que é o cardiologista que se encontra de urgência interna, podendo ser um médico da equipa fixa ou um dos médicos cardiologistas do serviço de cardiologia (Centro Hospitalar de Setúbal, EPE, 2010a). Os médicos de

outras especialidades podem ir à UCICOR, quando é feito pedido de colaboração segundo as normas do CHS (Centro Hospitalar de Setúbal, EPE, 2010a).

A UCICOR dispõe ainda de 4 elementos na equipa de secretariado que funcionam nos dias úteis das 9h às 17h, sendo fora deste horário o serviço de secretariado efetuado pelo secretariado do serviço de urgência (Centro Hospitalar de Setúbal, EPE, 2010b).

Por fim, a UCICOR também dispõe de uma equipa de técnicos de cardiopneumologia que efetua ECG a todos os doentes nos dias úteis das 8h às 10h e podem ser solicitados até às 16 horas dos dias úteis para efetuarem ECG de urgência ou colaborarem na implantação de sistemas de *pacings* provisório sob fluoroscopia (Centro Hospitalar de Setúbal, EPE, 2010a).

1.4.2 Espaço físico e funcionamento

O serviço de Cardiologia tem 5 áreas, que se articulam de forma dinâmica entre si. O laboratório de Hemodinâmica, UNIR, Unidade de eletrofisiologia, UCICOR e Enfermaria.

O laboratório de Hemodinâmica é o único que se encontra fora do espaço físico do serviço de Cardiologia, pois encontra-se no piso 0 do HSB junto ao serviço de urgência geral e de imagiologia. O laboratório de Hemodinâmica realiza cateterismos cardíacos com caráter diagnóstico ou com recurso a angioplastia, funciona todos os dias úteis das 8h às 20h à exceção das sextas-feiras, que funciona apenas das 8h às 16h, fora deste horário e fora dos dias úteis existe uma equipa de prevenção que pode ser acionada a qualquer momento para realização de cateterismo de urgência (Centro Hospitalar de Setúbal, EPE, 2010b).

Dentro do próprio espaço físico do serviço de Cardiologia, funcionam todas as outras áreas, sendo a primeira delas a UNIR, que tem 5 camas em *open space*, todas elas equipadas com monitor cardíaco, rampa de oxigénio e vácuo e bombas e seringas infusoras, funcionando essencialmente para receção e posterior preparação de doentes provenientes do domicílio para realização de cateterismo eletivo (Centro Hospitalar de Setúbal, EPE, 2010b). A UNIR presta também os cuidados ao doente após ter sido submetido a cateterismo cardíaco, caso o procedimento decorra sem intercorrências e o doente possa regressar ao domicílio no próprio dia ou no dia seguinte. Funciona todos

os dias nas 24 horas, tendo 1 enfermeiro escalado em todos os turnos (Centro Hospitalar de Setúbal, EPE, 2010b).

Em seguida encontra-se a unidade de eletrofisiologia que funciona todos os dias úteis das 8h às 16h, recebendo doentes provenientes do domicílio, do serviço de urgência, dos serviços de internamento ou por transferência inter-hospitalar (Centro Hospitalar de Setúbal, EPE, 2010b). Funciona essencialmente com cirurgias programadas ou sempre que exista a necessidade de uma cirurgia de urgência e os procedimentos efetuados nesta unidade são a implantação ou substituição de Pacemaker (PM) ou Cardioversor Desfibrilhador Implantável (CDI), tendo ao seu dispor uma sala com ar condicionado por pressão positiva, intensificador de imagem, rampa de oxigénio e vácuo, monitor e cardiodesfibrilhador, marquesa cirúrgica e eletrocoagulador (Centro Hospitalar de Setúbal, EPE, 2010b), a equipa presente nesta sala é composta por médico, enfermeiro, técnico de radiologia e técnico de cardiopneumologia, sendo que um dia por semana são efetuados estudos eletrofisiológicos onde se realizam ablações de várias arritmias, onde a equipa é reforçada com um médico anestesista (Centro Hospitalar de Setúbal, EPE, 2010b).

A UCICOR encontra-se situada no meio do serviço de cardiologia entre a unidade de eletrofisiologia e a enfermaria, tem capacidade de 6 camas em *open space*, sendo uma delas uma cama destinada a doentes provenientes da via verde coronária. A UCICOR é uma unidade de cuidados intensivos, pois é um local qualificado e que assume a responsabilidade integral “pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais” (Direção-Geral da Saúde, 2003, p. 6). Segundo a classificação da Sociedade Europeia de Medicina Intensiva, a UCICOR está englobada nas unidades de nível II, pois tem um caráter e capacidade de monitorização invasiva das funções vitais, contudo não tem disponíveis alguns meios de diagnóstico específicos de algumas especialidades médico-cirúrgicas como por exemplo a cirurgia torácica ou vascular (Direção-Geral da Saúde, 2003).

Sendo uma unidade de nível II está apetrechada em todas as camas com monitor cardíaco, rampas de oxigénio, vácuo e aspiração, seringas e bombas infusoras. Tem a possibilidade de ventilação não invasiva e ventilação mecânica invasiva através de um ventilador invasivo portátil, tem também um carro de emergência próprio com um desfibrilhador bifásico, um monitor cardíaco portátil, um eletrocardiógrafo e um ecocardiógrafo (Centro Hospitalar de Setúbal, EPE, 2010b).

A UCICOR pode receber doentes de qualquer serviço do hospital, por transferência inter-hospitalar ou por acionamento da via verde coronária, pelo que a maioria dos

doentes são provenientes do laboratório de hemodinâmica após terem sido submetidos a angioplastia coronária.

A UCICOR tem uma equipa de enfermagem própria, funcionando com 2 enfermeiros em todos os turnos que executam funções pelo método de trabalho individual, apesar do trabalho de equipa na unidade ser bastante presente em que qualquer enfermeiro pode prestar cuidados a qualquer doente.

No final do serviço de cardiologia encontra-se a enfermaria, que dispõe de 4 quartos, cada um com 3 camas, onde recebe os doentes essencialmente da UCICOR após estabilização do seu quadro clínico. A maioria dos doentes da enfermaria encontram-se monitorizados através de telemetria, pois não existe monitor cardíaco junto à cama. O método de trabalho é também o método individual estando 2 enfermeiros presentes em todos os turnos, sendo a equipa reforçada com mais um elemento sempre que estão agendados muitos cateterismos cardíacos com perspetiva de internamento no laboratório de hemodinâmica.

O horário de visitas é em todo o serviço de cardiologia das 14h às 15h e das 19h às 20h, sendo que na enfermaria é possível a presença de 1 uma pessoa significativa das 14h às 20h.

Os registos de enfermagem são todos efetuados no sistema informático SClínico.

2. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

O termo projeto consiste na realização de uma análise antecipada daquilo que é o objeto de trabalho, permitindo refletir acerca da sequência de atividades a realizar, que suscetivelmente conduzirão à consecução dos objetivos traçados (Barbier, 1993). A metodologia de projeto centra o seu foco de atuação na resolução de problemas, estabelecendo o elo de ligação entre a componente teórica e prática (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

Atualmente tem-se debatido e investido inúmeros recursos na segurança do doente e gestão do risco, emergindo temas como a correta comunicação na transição dos cuidados. Assim, tonar-se fulcral desenvolver e implementar novas estratégias e conceitos nas organizações de saúde, com intuito de congregar e coordenar esforços e recursos para aumentar os ganhos em saúde e atingir indicadores de qualidade. Posto isto, o conceito de planeamento em saúde torna-se um pilar orientador para implementação de medidas como a utilização da técnica ISBAR definida pela DGS.

O planeamento em saúde pode ser definido como racionar o uso de recursos para alcançar objetivos delineados, com intuito de reduzir problemáticas prioritárias através da coordenação de vários setores (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010). Estes autores acrescentam ainda que objetivando a resolução de problemas e com conceitos comuns à metodologia de projeto, o planeamento em saúde incrementa um ganho de competências e aquisição de conhecimentos através da elaboração de projetos numa situação real (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

2.1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Um dos grandes desafios do presente século é a garantia da segurança do doente nas instituições de saúde (Santos, Grilo, Andrade, Guimarães, & Gomes, 2010). A segurança é o primeiro grande passo na melhoria da qualidade dos cuidados, sendo que “errar é humano, mas os erros podem ser prevenidos” (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000, p. 5). Para tal é necessário ter em conta os recursos disponíveis, assim como o conhecimento atual e o próprio contexto de prestação de cuidados, para

que o risco de eventos causadores de dano desnecessário para o doente sejam reduzidos a um mínimo aceitável (Direção-Geral da Saúde, 2017a).

Segundo um estudo realizado por Zinn (1995) mostrou que 11% das mortes evitáveis nos hospitais australianos estão relacionados com problemas de comunicação, contrapondo com os apenas 6% que se devem aos níveis de habilidade inadequados dos profissionais (Kowitlawakul, et al., 2015). A nível internacional, a principal causa de eventos adversos na saúde, são as falhas de comunicação, sendo que a “evidência indica que até 70% destes eventos, ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados do doente” (Direção-Geral da Saúde, 2017a, p. 5).

A transição adequada dos cuidados de saúde assume um papel importante na melhoria da segurança do doente. A mesma diz respeito a todos os momentos em haja transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre quem está a prestar os determinados cuidados, com o desígnio de assegurar a correta continuidade dos mesmos (Direção-Geral da Saúde, 2017a). Os momentos de transição dos cuidados são sempre alturas mais vulneráveis para a segurança do doente, pois devido à complexidade da informação, estão envoltos num maior risco de erro na passagem da informação, sendo exemplos disso as mudanças de turno, as admissões hospitalares ou as transferências inter-hospitalares e intra-hospitalares (Direção-Geral da Saúde, 2017a), podendo esses erros comunicacionais levar a opções de tratamento inapropriados, causar possíveis danos para o doente, assim como comprometer a continuidade dos cuidados (The Joint Commission; The Joint Commission International; Organização Mundial de Saúde, 2007).

Existem algumas terminologias internacionais, associadas à transição de cuidados ou aquilo que mais comumente é chamada de passagem de turno, como o *handoff* ou *handover*. Os principais *handoffs* nos cuidados de saúde dizem respeito às transferências ou às transições de cuidador (Melo, 2013). O primeiro, relativo às transferências, podendo estas ser dentro da mesma instituição de saúde (intra-hospitalar), ou entre instituições (inter-hospitalar) (Melo, 2013). No que trata ao segundo *handoff*, é aquele que ocorre nas transições de turno, em que o responsável pelos cuidados ao doente transfere essa responsabilidade a outro profissional através da informação mais relevante do doente assegurando a continuidade dos cuidados (Melo, 2013).

A colheita de dados e sintetização de informações durante o turno, afetam diretamente a eficácia da passagem de informação ao colega do turno seguinte, pois

segundo Birmingham, Buffum, Blegen & Lyndon (2015), num estudo realizado afirmam que para os enfermeiros, sem a informação necessária para a compreensão da história do doente durante o seu turno, a capacidade para desenhar um quadro completo da situação na transição dos cuidados ao colega seguinte, fica de certa forma comprometida (Birmingham, Buffum, Blegen, & Lyndon, 2015). A principal causa para a difícil compreensão da história do doente atribui-se às inúmeras solicitações que o enfermeiro tem durante o seu turno, que o impossibilita de procurar saber a correta história do doente (Birmingham, Buffum, Blegen, & Lyndon, 2015). O mesmo estudo afirma que quando o enfermeiro se encontra na posse da correta história clínica do doente, o mesmo está ávido de maior capacidade para poder intervir junto do doente, reduzindo o risco inerente e evitando os erros durante a prestação de cuidados e os erros na transmissão de informação ao colega seguinte (Birmingham, Buffum, Blegen, & Lyndon, 2015).

As constantes interrupções durante o processo de transição de cuidados, são identificadas também por outros estudos, como sendo uma das principais causas para as falhas de informação entre os profissionais de saúde, sendo que a maior percentagem de falhas se verifica nas passagens de turno mais longas ou durante o turno da noite, sendo para isso o principal fator desencadeante a interrupção feita por pessoas (Kowitlawakul, et al., 2015).

Os principais erros descritos no momento da passagem de turno são resultado da transferência de informações incompletas, imprecisas, conflitantes ou irrelevantes, assim como a omissão de informações aquando a transição dos cuidados não é efetuada cara a cara entre os enfermeiros (Colvin, Eisen, & Gong, 2016).

Segundo outro estudo realizado em 2016 afirma-se que a comunicação efetuada entre as passagens de turno vai afetar não só os turnos seguintes, como as seguintes passagens de turno, quer uma comunicação eficaz da informação vai melhorar a passagem de turno seguinte, assim como uma deficitária transição de cuidados vai prejudicar a seguinte transição de cuidados (Lee, Phan, Dorman, Weaver, & Pronovost, 2016).

Deste modo, a melhoria da comunicação clínica, para os enfermeiros sairia melhorada com relações positivas de trabalho, debate entre os profissionais acerca da temática, treino contínuo das estratégias de comunicação e a existência de recursos humanos proporcionais ao número de doentes (Birmingham, Buffum, Blegen, & Lyndon, 2015).

Segundo Sand-Jecklin & Sherman (2014), no seu estudo, estes incluem os doentes no processo de transição de cuidados, em que a perceção dos enfermeiros em conjunto com as opiniões dos doentes traz benefícios à comunicação, diminuindo o número de erros relacionados com a mesma, assim como aumentando a satisfação do doente por poder participar no seu processo de cuidado e saber (Brás & Ferreira, 2016). Nesse sentido, é de destacar que a ótima relação entre enfermeiro e doente ou entre médico e doente abarca benefícios na qualidade dos cuidados de saúde, pois melhora significativamente a comunicação entre os profissionais e o doente, o que facilita para os profissionais a perceção do caso do doente, assim como para o doente melhora a sua capacidade de memorização acerca das recomendações terapêuticas acerca do seu tratamento (Santos, Grilo, Andrade, Guimarães, & Gomes, 2010).

Outra medida relatada como propulsora de bons momentos de comunicação nas transições de cuidados, é a existência de trabalho em equipa, em que os enfermeiros presentes se complementam na passagem da informação, assim como a preparação prévia da passagem de turno, com as justificações adequadas para as intervenções realizadas facilita o processo de compreensão do enfermeiro que irá assumir a responsabilidade dos doentes no turno seguinte (Lee, Phan, Dorman, Weaver, & Pronovost, 2016).

No que respeita a qual a melhor estratégia para os processos de transição de cuidados, não existe um método que seja unanimemente aceite como o mais eficaz, apesar de os processos de transição de cuidados realizados junto ao doente sejam descritos como mais eficazes, contudo demonstram algumas limitações no que confere ao contexto dos diferentes serviços hospitalares, porém e aliado a isso o método mais promissor no que respeita ao doente crítico propriamente é o recurso a um instrumento padronizado (Staggers & Blaz, 2012).

Quando se fala em doente crítico, as questões relativas à comunicação e à transição de cuidados assumem ainda maior relevância, pois a pessoa em situação crítica é definida como “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” (Diário da República, 2011b, p. 8656).

O doente crítico é o doente que mais vezes é submetido a transporte e posterior passagem de informação entre profissionais, sendo que na maior parte das vezes este transporte inicia-se no pré-hospitalar com a passagem de informação entre os elementos que fazem o transporte para o hospital, com os profissionais do mesmo (Santos & Ferrão, 2015). Após este transporte primário, existem outros tipos de

transporte secundário, sendo eles os transportes intra-hospitalares e inter-hospitalares, sendo que o primeiro é fulcral e acontece sempre que o doente necessita de se deslocar de uma área para outra do hospital, já o segundo pode existir quando existe a necessidade de transportar o doente crítico para outro hospital onde disponha de recursos humanos, diagnósticos, terapêuticos e de suporte avançado de vida, que o hospital atual não dispõe (Santos & Ferrão, 2015).

Com isto afirma-se que o doente crítico é transferido várias vezes ao longo de todo o seu processo de cuidados, por isso é primordial que haja uma simbiose na comunicação entre as várias equipas multidisciplinares, assim como a transmissão de informações seja isenta de erros, por forma a prevenir riscos associados e auxilie na melhor compreensão do caso de cada doente crítico (Santos & Ferrão, 2015).

Na procura da comunicação eficaz na transição de cuidados, do que ao doente crítico concerne, vários estudos foram feitos sobre a temática. De entre os mesmos verifica-se que a padronização do processo de transferência clínica, acarreta benefícios na redução dos riscos de segurança ao doente, melhorando assim o processo de transição de cuidados entre os profissionais, porém o instrumento utilizado como padrão para o referido efeito, deve estar adaptado à realidade e aos contextos dos vários serviços (Graan, Botti, Wood, & Redley, 2015).

O estudo Australiano de Graan, Botti, Wood & Redley (2015), demonstra que o uso de ferramentas de processo aliadas a uma lista de verificação adaptada a cada contexto, fez reduzir os erros e os riscos no processo de transição de cuidados, pois consciencializou os profissionais de saúde acerca da informação necessária a transmitir, facilitando o processo de transição de cuidados, tornando a informação transmitida mais organizada, sistemática e completa (Graan, Botti, Wood, & Redley, 2015).

O estudo denominado HATRICC, levado a cabo por Lane-Fallet al, (2014), também evidenciou a melhoria dos processos de transição de cuidados, aliando um modelo misto e padronizado para o efeito, onde são conjugadas as intervenções clínicas complexas e a sua respetiva avaliação (Lane-Fall, et al., 2014).

Neste prisma, tem existido a criação de vários procedimentos normalizados para os momentos de transição de cuidados, sendo o exemplo disso os instrumentos padronizados. Nos Estados Unidos da América foi criada uma mnemónica intitulada de SBAR (S- Situation; B – Background; A – Assessment; R - Recommendations), adotada pela primeira vez na Marinha Nuclear dos Estados Unidos da América, pela mão de Michael Leonard, sendo posteriormente desenvolvida para a utilização em cuidados de

saúde (Nagammal, Nashwan, Nair, & Susmitha, 2016), que segundo Cornell et, al. (2013), é um método estruturado de comunicação, que foi projetado para agilizar a comunicação interdisciplinar, criando uma estrutura comum de informação, que permite aos enfermeiros serem mais diretos nas informações importantes a transmitir e baixando consequentemente os tempos de transmissão de informação (Cornell, Gervis, Yates, & Vardaman, 2013). A metodologia SBAR, particularmente em situações emergentes, permitiu ganhos no que respeita à satisfação das Equipas de Enfermagem e permitiu definir ainda objetivos de tratamento em articulação com a equipa médica, minimizando a incidência de erros (Santos & Ferrão, 2015).

Para além da mnemónica SBAR, outras têm surgido, como é o caso da metodologia ISBAR e ISOBAR (I – Identification; S – Situation; O- Observation B – Background; A- Assessment e R – Recommendations), que partilham da mesma metodologia e base de pensamento que a SBAR, atendendo às mesmas necessidades e demandas (Muller, et al., 2018), sendo particularmente idênticas, diferindo entre si a parte relativa à observação física do doente, que está presente na metodologia ISOBAR e ausente na ISBAR (Santos & Ferrão, 2015). A metodologia ISOBAR é muito utilizada nos cuidados de saúde na Austrália, promovendo a segurança do doente crítico na organização do transporte, reduzindo dos eventos adversos e veiculando o princípio de cuidados centrados no doente e família (Santos & Ferrão, 2015).

No Centro Hospitalar de Lisboa Central, é utilizada uma mnemónica que utiliza as bases da SBAR, denominada IDEIA, que significa I de Identificação do Profissional (Nome e função) e Identificação do doente (dados demográficos e tipo de episódio); D de Diagnóstico de entrada (cirurgias anteriores, internamentos e medicação habitual); E de Especificações Anestésicas (tipo de Anestesia e Alterações significativas – hemodinâmicas, laboratoriais e transfusões de hemoderivados); I de Intervenção Cirúrgica (Ato Cirúrgico e Intercorrências); A de Avaliação final (Estado de consciência, analgesia, avaliação da dor, avaliação da temperatura e Recomendações - vias de acesso, drenagens, penso operatório, informação sobre familiares/acompanhantes e outras indicações clínicas) (CHLC, 2015, citado por Santos & Ferrão, 2015).

Para além destas metodologias, existem outras utilizadas internacionalmente, como é o caso da metodologia SIGN OUT, I PASS BUTON e ACCEPT (Santos & Ferrão, 2015).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2007) recomenda o uso da SBAR aos seus Estados Membros, de forma a que implementem uma abordagem padronizada

para a comunicação em saúde (The Joint Commission; The Joint Commission International; Organização Mundial de Saúde, 2007).

A segurança na comunicação em saúde é também uma temática abordada no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD), onde se afirma que dada a importância do tema, todas as instituições que prestem cuidados de saúde em Portugal “devem implementar procedimentos normalizados para assegurar uma comunicação precisa e atempada de informações entre os profissionais de saúde” (Diário da República, 2015a, pp. 3882-(3)), por forma a evitar aquilo que podem ser eventos adversos que possam colocar em causa a continuidade de cuidados ao doente (Diário da República, 2015a).

Seguindo esta linha de pensamento a DGS, elaborou uma norma em 2017 acerca da comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. A referida norma faz referência à transição de cuidados que deve ser normalizada com recurso à técnica ISBAR, aplicando-se a mesma a todos os níveis de prestação de cuidados em que esteja inerente a transição dos mesmos (Direção-Geral da Saúde, 2017a).

Segundo a DGS (2017), a passagem de informação entre profissionais de saúde deverá ser vista como prioritária em “todos os momentos vulneráveis/críticos de transição de cuidados” (Direção-Geral da Saúde, 2017a, p. 1), sendo que os profissionais de saúde que transmitem a informação devem estar devidamente identificados (Direção-Geral da Saúde, 2017a). A DGS afirma ainda que as transições de cuidados devem seguir o exemplo em anexo presente na referida norma, que explicita a técnica ISBAR (Anexo I) (Direção-Geral da Saúde, 2017a).

A mnemónica ISBAR é definida pela DGS como a “ferramenta de padronização de comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados” (Direção-Geral da Saúde, 2017a, p. 4). Esta técnica baseia-se por ser um auxiliar de memória, que tem como finalidade memorizar construções complexas, para serem utilizadas a quando da transição de cuidados (Direção-Geral da Saúde, 2017a). Cada inicial do seu nome corresponde a cada um dos campos presentes na metodologia, sendo o I a Identificação, que deve fazer referência precisa tanto do doente, com o seu nome completo, data nascimento, género e nacionalidade, como dos intervenientes na comunicação (nome e função do emissor e recetor) (Direção-Geral da Saúde, 2017a). A este campo devem obedecer também informações como serviço de origem/destinatário e a Identificação da pessoa significativa/cuidador informal (Direção-Geral da Saúde, 2017a).

O seguinte campo corresponde à Situação Atual (S), onde deve ser descrito o motivo atual da necessidade dos cuidados, com a data e hora de admissão, assim como os MCDT já realizados pelo doente neste contexto de doença ou aqueles que tem agendados/planeados realizar (Direção-Geral da Saúde, 2017a).

O campo B corresponde aos Antecedentes, onde se deve dar enfoque às descrições de eventos clínicos, de enfermagem ou outros relevantes para o estado de saúde atual do doente, devendo constar informações como os antecedentes clínicos, níveis de dependência prévios ao internamento, a existência de diretivas antecipadas de vontade, alergias conhecidas ou da sua ausência, hábitos relevantes do doente como por exemplo hábitos tabágicos ou etanólicos, terapêutica de ambulatório e adesão à mesma, técnicas invasivas realizadas, presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar e identificação da situação social e da existência e capacitação do cuidador (Direção-Geral da Saúde, 2017a).

O penúltimo campo corresponde à Avaliação (A), devendo o transmissor referir as informações relacionadas com o estado do doente, relatando os problemas ativos, fazendo referência às medidas terapêuticas medicamentosas e não-medicamentosas instituídas, assim como a sua eficácia e as alterações no estado de saúde do doente (Direção-Geral da Saúde, 2017a). Neste campo devem ser também indicados os focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas (Direção-Geral da Saúde, 2017a).

Por fim o último campo é o campo das Recomendações (R), onde se referem as atitudes e plano terapêutico mais recomendados à situação clínica do doente, relatando as indicações do plano de continuidade de cuidados, as informações sobre consultas ou MCDT já agendados e as possíveis necessidades do cuidador informal, quando existe (Direção-Geral da Saúde, 2017a).

A DGS (2017) afirma que o uso desta metodologia de transição de cuidados veicula uma melhor memorização dos profissionais acerca da história do doente, podendo estes projetar melhor os cuidados ao doente, assim como é uma técnica “simples, flexível, concisa e clara para comunicar informações desses cuidados” (Direção-Geral da Saúde, 2017a, p. 6). Este método promove assim o pensamento crítico dos profissionais envolvidos, o rápido processo de tomada de decisão, a diminuição do tempo gasto na transição de cuidados, permitindo assim uma mais rápida integração de novos profissionais na equipa, para além de diminuir o risco de erros causados pela má comunicação, melhorando desta forma a segurança do doente (Direção-Geral da Saúde, 2017a).

2.2 JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA: REVISÃO INTEGRATIVA

A segurança é um domínio da qualidade dos cuidados de saúde, e é vista na perspectiva do doente como a ausência de lesão acidental (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000). A segurança do doente é caracterizada como sendo uma efetiva redução dos danos causados ao doente, através dos cuidados de saúde que lhe são prestados, para um mínimo aceitável, tendo em conta os recursos disponíveis, o conhecimento atual envolvido e o contexto clínico em que esses cuidados ocorrem (Direção-Geral da Saúde, 2017a). Nesse sentido, a segurança do doente tem sido uma problemática bastante desafiadora na área da saúde neste século, onde se assume a sua relação com a comunicação em saúde (Santos, Grilo, Andrade, Guimarães, & Gomes, 2010).

Nesse sentido e de forma a dar suporte ao PIS, foi elaborada uma revisão integrativa que sustentasse a pertinência na temática. Assim, considerando a evidência científica mais recente e relevante, surge a questão que é objeto da revisão: *Qual a importância da metodologia ISBAR na segurança do doente crítico?* Como tal, o objetivo da revisão integrativa era esclarecer qual a importância da metodologia ISBAR na segurança do doente crítico. Face a esta necessidade e com o objetivo de dar resposta à pergunta de investigação formulada, foi realizada pesquisa científica nas bases de dados EBSCO, PubMed e B-on, tendo sido formulada a revisão integrativa com recurso à mnemónica PICOD (Participantes, Intervenções, Contexto, Resultados (outcomes) e Desenho do estudo)

Metodologia

Para a realização da revisão integrativa, formulou-se a seguinte pergunta de investigação: *Qual a importância da metodologia ISBAR na segurança do doente crítico?* A partir da mesma definiram-se descritores de pesquisa, assim como critérios de inclusão e exclusão dos artigos a incorporar nesta revisão com base na mnemónica PICOD, que está disposto na seguinte Tabela 1.:

P	Participantes Quem foi estudado?	Enfermeiros que trabalhem com doentes em situação crítica
I	Intervenções O que foi feito?	Momentos de transição de cuidados entre profissionais de saúde
C	Contexto Local estudado?	Unidades de cuidados intensivos ou com doentes em situação crítica
O	Outcomes Resultados, efeitos ou consequências?	Importância da mnemónica ISBAR ou suas derivantes nos momentos de transição de cuidados na segurança dos doentes em situação crítica
D	Desenho do estudo Como é que as evidências foram recolhidas	Artigos de revisão sistemática ou integrativa e trabalhos de investigação de metodologia quantitativa e qualitativa entre 01.01.2012 e 25.10.2018 em língua Portuguesa, Inglesa e Espanhola

Tabela 1. Mnemónica PICOD

Foi realizada uma ampla pesquisa de artigos de qualidade científica, publicados nas principais bases catalográficas, que incluíssem em seu resumo uma abordagem aos momentos de transição de cuidados a doentes em situação crítica, internados principalmente em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), através da ferramenta de comunicação ISBAR ou suas derivantes SBAR ou ISOBAR, pois as mesmas assumem a mesma metodologia e base de pensamento.

Deste modo, com recurso às bases de dados EBSCO, PubMed e B-On, os descritores escolhidos para a pesquisa foram: “*nurse*”, “*nursing*”, “*ISBAR in nursing handover*”, “*ISBAR*”, “*handover*”, “*safety*”, “*patient safety*” e “*Critical patient*”. Os descritores mencionados foram combinados entre si utilizando os operadores booleanos AND e OR. Assim sendo, os termos escolhidos para a pesquisa foram: *nurse OR nursing*

OR ISBAR in nursing handover AND ISBAR OR handover AND safety OR patient safety OR critical patient.

As datas das publicações incluídas foram de Janeiro de 2012 a Outubro de 2018. Os limites utilizados na busca foram: publicações em Português, Espanhol e Inglês; estudos referentes aos momentos de transição de cuidados a doentes em situação crítica, internados principalmente em UCI; e todos os artigos que dispunham de texto integral.

Os artigos encontrados foram classificados em incluído ou excluído utilizando os critérios de seleção descritos. Sobre os incluídos foi registado o título, ano de publicação, autores, o país de origem, a língua e o tipo de estudo realizado e os aspetos abordados no mesmo. Sobre os excluídos foram anotados os motivos da sua exclusão.

O objetivo foi esclarecer qual a importância da metodologia ISBAR na segurança do doente crítico, nos estudos realizados sobre a temática da transição de cuidados nos últimos 6 anos. Alguns artigos davam enfoque aos momentos de transição de cuidados de outras profissões, ou faziam referência a outras metodologias de transição de cuidados, pelo que foram excluídos da revisão. A população escolhida foi de adultos em situação crítica, com exclusão de grávidas ou puérperas. Foram incluídos estudos realizados em serviços hospitalares que admitem doentes em situação crítica, sendo maioritariamente doentes internados em UCI.

Como critérios de inclusão foram abrangidos os estudos de revisão sistemática ou integrativa, assim como estudos primários desenvolvidos com metodologia quantitativa ou qualitativa entre 01 de janeiro de 2012 e 25 de outubro de 2018 em língua Portuguesa, Espanhola ou Inglesa, disponíveis em base de dados de texto integral. Além disso, os estudos deveriam obrigatoriamente fazer referência a Equipas de enfermagem.

Os critérios de exclusão foram artigos realizados com população pediátrica ou grávidas/puérperas, assim como doentes presentes em enfermaria e em estado não crítico. Foram também excluídos os artigos que davam enfoque a outros grupos profissionais que não a enfermagem ou em que fosse utilizada outra metodologia de transição de cuidados, conforme supracitado.

Na Figura 1. abaixo representada, encontra-se o processo utilizado para rastrear e selecionar os artigos desta revisão.

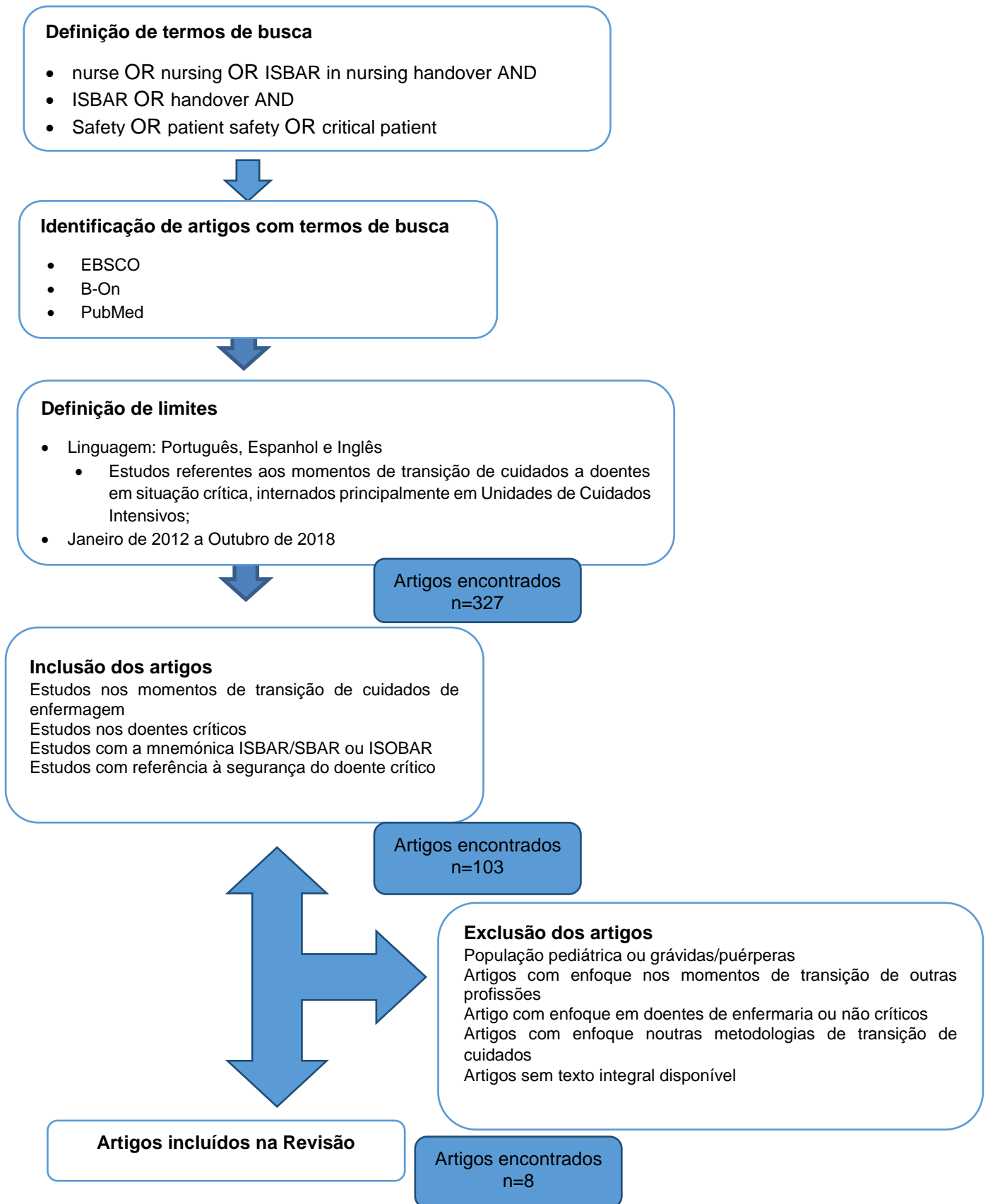


Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos resultados

Resultados

Após a pesquisa intensiva realizada, foram analisados os 8 estudos previamente selecionados, cuja tipologia é variável. A avaliação da qualidade metodológica dos artigos foi realizada recorrendo às grelhas de avaliação do Instituto *Joanna Briggs* (Joanna Briggs Institute, 2017a), bem como através da aplicação do instrumento de avaliação “*Quality assessment tool for quantitative studies*” da *Effective Public Health Practice Project* (EPHPP) (Effective Public Health Practice Project, 2009). Estas grelhas de avaliação permitem determinar em que medida um estudo apresenta a possibilidade de viés na sua conceção, implementação e análise (Joanna Briggs Institute, 2017a). Não obstante, irá ser referido também o nível de evidência atribuído a cada artigo selecionado, tendo por base o Manual de *Joanna Briggs Insitute Reviewers* (Joanna Briggs Institute, 2017b), com recurso ao *Quality assessment tool for quantitative studies* (Effective Public Health Practice Project, 2009).

Na Tabela 2. podem ser consultados os níveis de evidência e a qualidade metodológica avaliados, respetivamente, segundo os instrumentos da *Joanna Briggs Institute* (Joanna Briggs Institute, 2017b) e com recurso ao *Quality assessment tool for quantitative studies* disponível na *Effective Public Health Practice Project* (Effective Public Health Practice Project, 2009).

Artigo	Nível de Evidência JBI	Qualidade Metodológica Segundo EPHPP
Developing a minimum dataset for nursing team leader handover in the intensive care unit: A focus group study (2017)	<i>Level 4.b – Cross-sectional study</i>	<i>Strong</i>
Nursing handover from ICU to cardiac ward: Standardised tools to reduce safety risks (2015)	<i>Level 2.d – Pre-test – post-test or historic/retrospective control group study</i>	<i>Strong</i>
Handover in Intensive Care (2018)	<i>Level 4.a – Systematic review of descriptive studies</i>	<i>Strong</i>
Nursing team leader handover in the intensive care unit contains diverse and inconsistent content: An observational study (2016)	<i>Level 3.c – Cohort study with control group</i>	<i>Strong</i>

Nurses perceptions regarding using the SBAR tool for handoff communication in a tertiary cancer center in Qatar (2016)	<i>Level 4.b – Cross-sectional study</i>	<i>Strong</i>
Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review (2018)	<i>Level 1.b – Systematic review of RCTs and other study designs</i>	<i>Strong</i>
Pre-hospital/emergency department handover in Italy (2014)	<i>Level 3.e – Observational study without a control group</i>	<i>Strong</i>
Situation, Background, Assessment, Recommendation (SBAR) Communication Tool for Handoff in Health Care – A Narrative Review (2018)	<i>Level 4.a – Systematic review of descriptive studies</i>	<i>Strong</i>

Tabela 2. Classificação dos artigos incluídos por níveis de evidência (JBI) e qualidade metodológica

Após a análise da qualidade metodológica e do nível de evidência, segundo o Manual de *Joanna Briggs Institute Reviewers*, foram analisados ao pormenor os 8 artigos selecionados e foram extraídos os resultados pertinentes para a revisão, atendendo à pergunta de investigação previamente apresentada.

A Tabela 3. (Apêndice B), ilustra os resultados extraídos dos 8 artigos, de forma sintética facilitando a sua interpretação.

Discussão

Após a análise sustentada dos artigos previamente selecionados, foi possível constatar que em todos os estudos realizados, com níveis de evidência que sustentam a qualidade dos mesmos, se verificou uma relação entre a metodologia ISBAR e as suas variantes, com a segurança no doente crítico, pois a mesma aplicada na comunicação entre enfermeiros ou entre os mesmos e os restantes profissionais de saúde demonstra trazer benefícios na segurança do doente crítico, assim como uma mais rápida atuação em contexto de descompensação aguda, como afirmam Shahid & Thomas (2018) na

sua revisão, em que estudos incluídos comprovam que dois terços dos médicos, denotam melhoria na comunicação dos enfermeiros após o uso da metodologia SBAR, pois as informações passaram a ser transmitidas de forma adequada, o que permite tomar decisões clínicas imediatas (Shahid & Thomas, 2018).

Denota-se também que a mnemónica ISBAR é vista pelos enfermeiros como uma metodologia aplicável na comunicação em UCI com bons resultados, pois conforme o estudo desenvolvido por Spooner, et al. (2017), os enfermeiros experientes de uma UCI Australiana escolhem maioritariamente os itens presentes na mnemónica ISBAR para incluírem num instrumento padronizado adaptado à respetiva UCI (Spooner, et al., 2017). Também o estudo de Nagammal, et al. (2016) é exemplo disso, onde 95,1% dos enfermeiros participantes no estudo admitem que a mnemónica SBAR segue uma sequência lógica da informação, 87,3% dos mesmos enfermeiros participantes no estudo referem uma boa perceção da metodologia SBAR e ainda mais de 88% recomendaram a ferramenta SBAR para uso em outras unidades (Nagammal, Nashwan, Nair, & Susmitha, 2016).

O estudo levado a cabo por Graan, et al. (2015), também verifica a preferência dos enfermeiros pelas metodologias de comunicação baseadas no método SBAR, pois os mesmos que participaram no estudo, relataram que o formato ISOBAR aplicado na UCI, padronizado para a comunicação nos momentos de transição de cuidados era organizado, sistemático e abrangia todas as informações necessárias, ao invés do método utilizado antes, em que o conteúdo verbal dos momentos de transição de cuidados era desorganizado, incompleto e carecia de fundamentação (Graan, Botti, Wood, & Redley, 2015). A mesma questão é visível no estudo de Spooner, et al. (2016), em que sem o uso da metodologia ISBAR nos momentos de transição de cuidados, as questões nomeadamente da avaliação dos sistemas corporais, eram caracterizadas por uma grande quantidade de informação em cada sistema corporal, mas com pouca consistência da mesma (Spooner, et al., 2016). Relativamente ao item da Avaliação da metodologia ISBAR, também DiDelupis, et al. (2014), verificam que apenas em 1% dos casos se observou a comunicação das informações de maneira completa e sistemática (Di Delupis, Mancini, di Nota, & Pisanelli, 2014).

Os erros atribuídos à comunicação são a principal fonte de incidentes e eventos adversos, ocorridos ao doente em cuidados intensivos, este défice comunicacional é como afirma a revisão de Rodríguez, et al. (2018), associado a erros de tratamento, aumento dos dias de internamento do doente, e os custos daí advindos, sendo assim recomendável a implementação de estratégias que favoreçam uma comunicação mais

sustentada e estruturada entre profissionais (Rodríguez, et al., 2018). A mesma revisão sugere que associar uma abordagem narrativa ao uso de instrumentos padronizados como a mnemónica SBAR, nos momentos de transição de cuidados, permite não só atender às singularidades de cada doente, antecipando possíveis eventos adversos, assim como permite estruturar as informações, evitando a omissão de dados importantes, que tantos riscos abarcam para a segurança do doente crítico (Rodríguez, et al., 2018). A omissão de dados relevantes é evidente no estudo de Spooner, et al. (2016), em que dos momentos de transição de cuidados observados, os campos da Avaliação e da Recomendação da mnemónica ISBAR eram descurados na passagem da informação, podendo levar a erros que comprometem a segurança do doente (Spooner, et al., 2016).

A continuidade de cuidados é uma realidade diária dos serviços de internamento ao qual o doente crítico faz parte, pois nenhum enfermeiro consegue acompanhar o doente desde a admissão até à alta hospitalar, pelo que é realizada uma rotatividade constante entre os enfermeiros que assumem os cuidados ao doente crítico, nesse sentido a correta comunicação é primordial para que a continuidade dos cuidados não saia comprometida, e desse modo não seja originadora de eventos adversos ao doente, como atrasos no tratamento entre outros, colocando em causa a sua segurança. Spooner, et al. (2016), verificam no seu estudo que o campo da Recomendação é o item da mnemónica ISBAR que é mais descurado, tal como DiDelupis, et al. (2014), verificaram no seu estudo que uma percentagem residual de 2,5% dos participantes é que comunicou os dados relativos ao item da Recomendação, e como os planos de cuidados se inserem neste item, e são os mesmos que auxiliam o enfermeiro durante o internamento na correta continuidade de cuidados, verifica-se que a não utilização desde item na transmissão de informações coloca em causa a continuidade dos cuidados (Spooner, et al., 2016).

Também Graan, et al. (2015), verificaram no seu estudo que antes da introdução da metodologia ISOBAR nos momentos de transição de cuidados, a continuidade dos mesmos estava limitada devido à inexistência de informações adequadas acerca dos planos de cuidados, onde em apenas 40% dos casos eram comunicados. Porém após a introdução do método ISOBAR, Graan, et al. (2015) verificaram que os planos de cuidados para a continuidade de cuidados eram não só transmitidos de forma consistente, como justificados e ajustados às necessidades específicas e contínuas dos doentes (Graan, Botti, Wood, & Redley, 2015). Por sua parte Nagammal, et al. (2016), mostram no seu estudo que a maioria dos enfermeiros participantes (56,9%)

concordaram que houve uma redução nos erros de comunicação após o uso da metodologia SBAR (Nagammal, Nashwan, Nair, & Susmitha, 2016). Outro exemplo das melhorias que abarca o uso da metodologia SBAR é exposto na revisão narrativa de Shahid & Thomas (2018), em que se verificou que com o uso da mnemónica SBAR houve uma redução de erros de omissão e menos inconsistências nas descrições dos doentes que eram transferidos do bloco operatório para a UCI (Shahid & Thomas, 2018).

A melhoria da comunicação com o uso de ferramentas como o ISBAR ou as suas derivantes torna-se evidente também na revisão sistemática produzida por Muller, et al. (2018), em que 19 dos 26 estudos incluídos na referida revisão evidenciam uma melhoria comunicacional, sendo que 8 desses estudos evidenciam mesmo uma melhoria significativa ou substancial (Muller, et al., 2018). Esta melhoria comunicacional traduz-se em ganhos na segurança do doente, quando alguns destes estudos analisados por Muller, et al. (2018), evidenciam diminuição no número de quedas, diminuição no número de mortes inesperadas ou diminuição do número de internamentos na UCI (Muller, et al., 2018).

A relação entre o número de mortes inesperadas e o uso da metodologia SBAR, também fica também evidenciada na revisão de Shahid & Thomas (2018), em que estudos incorporados na respetiva revisão analisaram o efeito da metodologia SBAR na incidência de eventos críticos aos doentes em meio hospitalar, revelando que com o uso da mnemónica SBAR o número de mortes inesperadas diminui significativamente (Shahid & Thomas, 2018).

A melhoria da segurança do doente, com o recurso à metodologia SBAR nos momentos de transição de cuidados, também se verifica em outros estudos incorporados na revisão de Shahid & Thomas (2018), nomeadamente nos casos de melhoria significativa da remoção do cateter vesical, prevenindo assim o aparecimento de infeção ou colonização hospitalar, ou nos casos de redução da taxa de reinternamentos, para além que o uso da ferramenta SBAR também é gerador de maior satisfação por parte do doente (Shahid & Thomas, 2018).

Atendendo à resposta à pergunta de investigação formulada, após o desenvolvimento da revisão, entende-se que a metodologia ISBAR assume uma importância de relevo na segurança do doente crítico, pois antes de mais é maioritariamente bem aceite pelos enfermeiros que a utilizam, sendo utilizada em contextos de UCI ou unidades com doentes críticos em fase aguda com bons resultados na redução de eventos adversos ao doente, pois melhora a comunicação dos enfermeiros nos momentos de transição de cuidados, fazendo assim com que a

existência de omissões de informações seja reduzida, trazendo também maior sustentabilidade e consistência à respetiva informação, assim como a metodologia de transmissão de informação está mais sistematizada e organizada, veiculando um conhecimento mais alargado dos enfermeiros sobre o doente, dando ênfase aos planos de cuidados que permitem não só uma correta continuidade de cuidados, assim como permitem que não haja atrasos no tratamento que pudessem colocar em causa a segurança e estabilidade do doente, tornando a resposta a descompensações agudas graves mais atempada.

Desta revisão integrativa da literatura podemos realçar que a comunicação eficaz é um fator significativo na manutenção da segurança do doente, promovendo uma atitude profissional e facilitando a colaboração entre os profissionais de saúde (Nagammal, Nashwan, Nair, & Susmitha, 2016). Os momentos de transição de cuidados entre profissionais de saúde como os enfermeiros são processos complexos que quando aplicados de forma incorreta, podem abarcar um défice na qualidade dos cuidados prestados ao doente, para além dos riscos de segurança inerentes (Rodríguez, et al., 2018), pelo que é importante a existência de ferramentas de comunicação partilhada como o ISBAR, para melhorar a comunicação entre os vários profissionais de saúde, diminuindo a perda de informações e melhorando a segurança do doente crítico (Di Delupis, Mancini, di Nota, & Pisanelli, 2014).

Os doentes críticos são doentes que devido ao seu estado de saúde podem tornar-se instáveis em muito pouco tempo, pelo que revela-se primordial que as unidades que contenham esta tipologia de doentes, principalmente as UCI, não só adquiram como otimizem constantemente as suas ferramentas de transição de cuidados, de modo a ir de encontro às necessidades dos doentes, evitando informações incompletas, incoerentes ou mesmo a omissão das mesmas, para que não se coloque em causa a segurança do doente (Spooner, et al., 2017). Aliar mnemónicas padronizadas com base na metodologia ISBAR a outros instrumentos de processo, como a realização do momento de transição de cuidados junto do doente e a adoção de uma abordagem narrativa, enriquece os momentos de transição de cuidados, promovendo passagens de informação organizadas, sistemáticas e completas, pois consciencializa os enfermeiros para os riscos de segurança associados a erros comunicacionais (Graan, Botti, Wood, & Redley, 2015) (Rodríguez, et al., 2018).

Verifica-se que a não utilização de ferramentas de transição de cuidados, traduz-se muitas vezes em omissões de informações, nomeadamente às questões que se incorporam nos últimos dois itens da mnemónica ISBAR (Avaliação e Recomendação),

sendo de extrema importância a sua inclusão nos momentos de transição de cuidados, pois permite uma melhoria da passagem das informações mais relevantes e críticas do doente, prevenindo a ocorrência de eventos que comprometam a sua segurança (Spooner, et al., 2016). É de extrema importância a inclusão de informações relativas ao campo da Recomendação, também para que os doentes possam receber os cuidados adequados, e as mnemônicas com base no método ISBAR mostram-se bastantes úteis nesse sentido, pois reforçam a importância dos planos de cuidados de enfermagem, promovendo a continuidade dos cuidados ao doente (Graan, Botti, Wood, & Redley, 2015).

As mnemônicas com base na metodologia SBAR, como é o caso da ISBAR ou da ISOBAR são das mnemônicas mais amplamente aceitas e utilizadas (Rodríguez, et al., 2018), pelo que apesar de seguirem uma metodologia, caracterizam-se pela sua flexibilidade e adaptabilidade a cada contexto (Spooner, et al., 2016), podendo ser utilizadas inicialmente e adaptadas ao contexto de prestação de cuidados (Rodríguez, et al., 2018), assumindo-se assim adequadas para muitos ambientes de saúde, em particular quando é necessária uma comunicação interpessoal clara e eficaz (Muller, et al., 2018).

O recurso a ferramentas de transição de cuidados padronizadas, como o ISBAR e as suas variantes SBAR e ISOBAR, mostrou reduzir os riscos clínicos e a ocorrência de eventos adversos que comprometem a segurança do doente, através da melhoria da comunicação dos momentos de transição de cuidados e transferência de responsabilidade entre enfermeiros (Graan, Botti, Wood, & Redley, 2015). O seu uso ajuda os enfermeiros a tomar decisões rápidas, assim como capacita os enfermeiros menos experientes na tomada de decisão clínica, tendo demonstrado evidência na redução dos eventos adversos em ambiente hospitalar (Shahid & Thomas, 2018), verificando-se um melhor desfecho para o doente, nomeadamente na diminuição do número de mortes não esperadas (Muller, et al., 2018).

Em suma, a metodologia ISBAR, aplicada nos momentos de transição de cuidados em saúde, caracteriza-se por ser uma técnica de comunicação simples e eficaz, que permite a passagem de informação seguindo uma sequência organizada e lógica, melhorando significativamente os aspetos comunicacionais, provando melhorar e promover a segurança do doente (Nagammal, Nashwan, Nair, & Susmitha, 2016). Nesse sentido considerando a pergunta de investigação previamente formulada, considera-se que todos os artigos incluídos no estudo abordam de forma fundamentada a importância da metodologia ISBAR ou suas derivantes na segurança do doente crítico,

e é clara a consonância existente entre os demais artigos, pois está implícito em todos que o uso de ferramentas de comunicação com base na metodologia ISBAR revela-se bastante importante na manutenção e promoção da segurança do doente, através de todas as vantagens que abarca já supracitadas durante esta revisão.

Considerando os objetivos previamente delineados na estrutura desta revisão, os artigos incluídos sustentam e esclarecem a importância que a metodologia ISBAR tem na segurança do doente crítico.

2.3 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

A primeira etapa que diz respeito à metodologia de planeamento em saúde é o diagnóstico de situação, nesta fase é onde deve ser feito um processo de análise sustentado e fundamentado, de acordo com as necessidades da população alvo, de forma a “desenvolver estratégias e ações, concentrando os esforços e aproveitando os recursos disponíveis” (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010, p. 10), fomentando assim uma metodologia de trabalho de equipa entre os membros pertencentes à equipa multidisciplinar, de modo a “promover a capacidade, motivação e autonomia da população” (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010, p. 10). Esta etapa deve ser dinâmica, pois existem sempre mudanças na realidade, nas instituições de saúde e nos seus respetivos serviços, pelo que se torna primordial uma caracterização da situação de forma contínua, ao qual se vai sempre aperfeiçoando o ponto de partida, ao invés de se partir sempre do mesmo ponto de forma estanque (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010). Resumidamente, nesta etapa “definem-se os problemas quer quantitativa quer qualitativamente, estabelecendo-se as prioridades e indicando-se as causas prováveis, selecionando-se posteriormente os recursos e os grupos intervenientes” (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010, p. 11).

A identificação do problema/diagnóstico de situação, que dá tema a este PIS foi trabalhado inicialmente no estágio I do curso de Mestrado, por ser uma temática atual e à qual vem tratada no último PNSD como sendo obrigatória até 2020 em todos os serviços de saúde portugueses. Posteriormente, foi debatido o tema com a Enfermeira Orientadora e a Enfermeira Chefe do serviço onde decorre o estágio II, que acolheram a ideia da implementação da metodologia ISBAR, como sendo uma temática bastante atual, ao qual o serviço em questão ainda não desenvolveu esforços para uma

implementação da técnica definida pela DGS, por isso existe algum desconhecimento da equipa de enfermagem acerca da norma da DGS, pelo que se denota é que a passagem de informação entre enfermeiros não é feita ainda de forma sustentada, como a norma supracitada pressupõe. Sendo assim torna-se de todo pertinente a implementação desta metodologia na UCICOR, abordando questões relacionadas com a transição de cuidados, de forma a que exista uma maior sensibilização da equipa para o momento da transmissão de informações, assim como que a equipa aumente o seu conhecimento acerca da norma da DGS.

Assim, face à necessidade identificada, foi utilizado como instrumento diagnóstico, para além do debate com a Enfermeira Orientadora e a Enfermeira Chefe e da observação direta uma análise S.W.O.T. (Apêndice C), que se refere a um instrumento bastante útil e utilizado na análise de diagnóstico, onde se descrevem as fraquezas (Weakness), as ameaças (Threats), as forças (Strengths) e as oportunidades (Opportunities), permitindo refletir e pesar os elementos positivos e negativos face ao problema e necessidade identificada (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). Constatou-se que os pontos fortes atenuam os pontos fracos no serviço, visto que internamente os pontos fracos de relevo seriam a atualização frequente do instrumento padronizado de transmissão de informações, devido à enorme rotatividade de doentes na UCICOR, assim como a possibilidade de inadaptação dos enfermeiros a um novo instrumento padronizado é outro ponto fraco, pois já existem hábitos enraizados para os momentos de transição de cuidados, havendo o risco de desmotivação da equipa com a mudança. Contudo os pontos fortes seriam mais significativos, sendo eles: a manifestação de interesse na mudança por parte equipa de enfermagem; a temática sensível e pertinente no Serviço; problemática relacionada com a segurança do doente; a ausência do recurso à metodologia ISBAR; e a eventual melhoria da prestação de cuidados no que concerne à prevenção de eventos adversos, relacionados com a ineficácia dos momentos de transição de cuidados.

Para além dos pontos fortes as necessidades também eram vastas, pois para além do que a norma da DGS preconiza e o PNSD, é também uma temática que se insere nos padrões de qualidade de enfermagem e na política de enfermagem do Centro Hospitalar, podendo influenciar e servir de exemplo a outros serviços do CHS.

2.4 DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

A segunda etapa da metodologia de planeamento em saúde dá enfoque à definição de objetivos. Objetivos estes, que nos dão o indicador de resultados que se pretendem atingir, podendo ir desde objetivos mais gerais a objetivos mais específicos (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010). Segundo o mesmo autor, os objetivos gerais dão enfoque aos resultados esperados, fornecendo informações sobre o que se espera atingir, dizendo respeito a competências amplas e complexas (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010). Segundo os mesmos autores, os objetivos específicos, como o próprio nome nos indica, dizem respeito de certa forma a subdivisões do objetivo geral que vão acontecendo ao longo do tempo (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

É importante também salientar que a definição de objetivos deve ser baseada num certo rigor e exatidão, de modo a evitar problemas na etapa da avaliação, pelo que devem ser claros, concisos, realizáveis e mensuráveis (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Foram então definidos objetivos e traçado o plano estratégico para a implementação da metodologia ISBAR, nos momentos de transição de cuidados na UCICOR. Deste modo, o objetivo geral definido para este PIS foi:

- Implementar a metodologia ISBAR na UCICOR.

Enquadrado dentro deste objetivo geral, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da transição dos cuidados;
- Apresentar a norma definida pela DGS, em 2017, acerca da Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde;
- Construir um instrumento padronizado, com base na mnemónica ISBAR para a passagem de turno na UCICOR.
- Implementar o instrumento padronizado ISBAR a todos os doentes admitidos na UCICOR.

2.5 PLANEAMENTO

A terceira etapa diz respeito ao planeamento, nesta fase é efetuado o levantamento dos recursos, assim como se dá atenção aos fatores que limitam e condicionam a implementação de um plano ou projeto (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

Durante esta fase é elaborada a lista de atividades a desenvolver, definindo a forma e as estratégias de atuação e o respetivo cronograma (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

Deste modo, para cada objetivo específico definido foram delineadas atividades a serem desenvolvidas e os recursos a serem utilizados para a realização das mesmas. Foi também construído o cronograma das atividades (Apêndice D), para melhor perceção das datas a cumprir para a realização das atividades, contudo este instrumento é flexível ao longo das etapas do PIS, sendo possível a sua reformulação em qualquer altura mediante os objetivos a atingir.

Com a concretização dos objetivos específicos dá-se resposta ao objetivo geral, implementando a metodologia ISBAR na UCICOR, permitindo sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da transição dos cuidados, assim como a equipa possa ter conhecimento da existência da técnica ISBAR, por forma a recorrer ao seu uso para uma transição de cuidados mais segura e eficaz.

2.5.1 Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da transição dos cuidados

Para este objetivo específico, foram traçadas as seguintes estratégias:

- Realização de pesquisa bibliográfica sobre a temática da transição segura de cuidados;
- Discussão com a Enfermeira Chefe e a Enfermeira Orientadora, acerca dos pontos-chaves da temática;
- Realização de entrevistas não estruturadas e informais com os enfermeiros da UCICOR;

- Discussão com a Enfermeira Responsável pela formação para agendamento de uma ação de formação à equipa de enfermagem;
- Ação de formação à equipa de enfermagem, onde seja evidenciada a importância da transição segura dos cuidados, assim como os momentos mais vulneráveis da mesma;
- Discussão com os enfermeiros da equipa da UCICOR, durante os momentos de passagem de turno, acerca das práticas atuais, encontrando debilidades e fomentando a mudança.

Relativamente aos recursos humanos e materiais usados:

- Recursos humanos: Enfermeira Chefe, Enfermeira Orientadora, Enfermeira responsável pela formação e restante equipa de Enfermagem;
- Recursos Materiais: Computador, projetor de imagem e sala de formação.

2.5.2 Apresentar a norma definida pela DGS, em 2017, acerca da Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde

Para concretizar este objetivo específico, foram definidas as seguintes estratégias:

- Realização de pesquisa bibliográfica sobre a Comunicação eficaz na transição de cuidados;
- Estudo da norma da DGS, acerca da temática;
- Discussão com a Enfermeira Chefe e a Enfermeira Orientadora, acerca dos componentes mais relevantes da norma da DGS, no serviço;
- Discussão com a Enfermeira Responsável pela formação para agendamento de uma ação de formação à equipa de enfermagem;
- Ação de formação à equipa de enfermagem, onde seja apresentada a norma da DGS, dando enfoque aos aspetos mais importantes da mesma no serviço.

Relativamente aos recursos humanos e materiais usados:

- Recursos humanos: Enfermeira Chefe, Enfermeira Orientadora, Enfermeira responsável pela formação e restante equipa de Enfermagem;
- Recursos Materiais: Computador, projetor de imagem e sala de formação.

2.5.3 Construir um instrumento padronizado, com base na mnemónica ISBAR para a passagem de turno na UCICOR

Para este objetivo específico, foram traçadas as seguintes estratégias:

- Realização de pesquisa bibliográfica sobre a temática da transição segura de cuidados;
- Observação da passagem de turno na UCICOR, de forma a definir quais as informações primordiais a constar no instrumento padronizado;
- Discussão com a Enfermeira Chefe e a Enfermeira Orientadora, acerca dos pontos-chave da temática;
- Realização de entrevistas não estruturadas e informais com os enfermeiros da UCICOR;
- Discussão com a equipa de enfermagem da UCICOR, acerca dos pontos-chave a constar no instrumento padronizado;
- Elaborar um instrumento padronizado adaptado à realidade da UCICOR e seguindo a metodologia ISBAR, definida pela DGS;
- Inclusão dos aspetos pertinentes sugeridos pela equipa de enfermagem;
- Discussão com a Enfermeira Responsável pela formação para agendamento de uma ação de formação à equipa de enfermagem;
- Ação de formação à equipa de enfermagem, onde seja apresentado o instrumento padronizado adaptado à realidade da UCICOR.

Relativamente aos recursos humanos e materiais usados:

- Recursos humanos: Enfermeira Chefe, Enfermeira Orientadora, Enfermeira responsável pela formação e restante equipa de Enfermagem;
- Recursos Materiais: Computador, projetor de imagem e sala de formação.

2.5.4 Implementar o instrumento padronizado ISBAR a todos os doentes admitidos na UCICOR

Para este objetivo específico, foram traçadas as seguintes estratégias:

- Discussão com a Enfermeira Responsável pela formação para agendamento de uma ação de formação à equipa de enfermagem;
- Ação de formação à equipa de enfermagem, onde seja indicada a data de início do uso instrumento padronizado ISBAR;
- Comunicação à Enfermeira Chefe e enfermeira Coordenadora da UCICOR o início do uso do instrumento padronizado ISBAR;
- Utilização do instrumento padronizado ISBAR, a título experimental, durante 2 semanas, após o momento de formação;
- Recolha de sugestões de melhoria do instrumento, junto dos enfermeiros da equipa da UCICOR;
- Identificação de necessidades de melhoria do instrumento tendo em conta as sugestões da equipa de enfermagem da UCICOR;
- Inclusão das sugestões de melhoria tendo em conta as necessidades identificadas;
- Utilização do instrumento padronizado ISBAR, de forma definitiva, após a inclusão das sugestões de melhoria.
- Reformulação do instrumento padronizado ISBAR, sempre que seja justificável a sua atualização.

Relativamente aos recursos humanos e materiais usados:

- Recursos humanos: Enfermeira Chefe, Enfermeira Orientadora, Enfermeira responsável pela formação e restante equipa de Enfermagem;
- Recursos Materiais: Computador, projetor de imagem e sala de formação.

2.6 EXECUÇÃO

A fase da execução é a etapa, onde o projeto se materializa, assumindo um caráter prático a tudo o que anteriormente foi planeado (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010). Durante esta fase podem ser feitas alterações ao planeado anteriormente, contudo devem ser sempre bem ponderadas as mudanças para que os objetivos do projeto não saiam defraudados (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

É de extrema importância a motivação dos participantes do projeto, para que se sintam envolvidos com o mesmo, por isso é de extrema relevância a existência de um orientador que possa articular todos os recursos humanos e materiais nesta fase que é a mais trabalhosa, mas a mais proveitosa de todo o processo (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

É de salientar que para a implementação deste PIS, é necessário a autorização prévia do Conselho de administração do CHS, pelo que foram desenvolvidos contactos com o respetivo conselho para a obtenção da respetiva autorização, foi solicitado inicialmente pedido de autorização à enfermeira chefe do serviço (Apêndice E) e ao diretor do mesmo (Apêndice F), que foram aceites e posteriormente formalizado o pedido ao conselho de administração (Apêndice G), que apresentou parecer favorável, solicitando ao Gabinete de Investigação e Desenvolvimento (GID) também um parecer acerca do projeto, sendo este parecer (Apêndice H) também favorável devido à utilidade para a UCICOR e CHS. Os membros do GID demonstraram-se bastante interessados pela temática do PIS e por estarem presentes no momento de defesa pública do relatório.

Devido ao desconhecimento da norma da DGS sobre a temática da equipa de enfermagem da UCICOR, assim como tendo vista a uma maior sensibilização da equipa para com a temática a pesquisa bibliográfica sobre o assunto foi algo constante durante toda a fase de execução. Com recurso à observação direta dos momentos de transição de cuidados da equipa de enfermagem, ao acompanhamento integral dos doentes nos turnos de trabalho e à recolha de impressões informais junto dos enfermeiros da UCICOR, foi elaborado um instrumento padronizado (Apêndice I) de passagem de turno, com recurso à metodologia ISBAR e devidamente adaptado ao contexto de trabalho e focos de interesse da UCICOR.

Assim foi planeada uma sessão formativa (Apêndice J), conforme se explicita no planeamento, pelo que houve a necessidade de articulação com a enfermeira do serviço responsável pela formação, assim como com o serviço de gestão da formação, de forma a que este momento formativo constasse no plano anual de formação do serviço, assim como proceder ao seu agendamento e divulgação (Apêndice K).

Foi desta forma realizada uma sessão formativa (Apêndice L) para a equipa de enfermagem, de forma a dar a conhecer a metodologia ISBAR, o instrumento elaborado e o início da sua utilização, assim como a norma da DGS relativa à temática, sensibilizando a equipa para o momento da transmissão de informações, abordando questões relacionadas com a transição de cuidados. Devido à impossibilidade de alguns enfermeiros da UCICOR em estarem presentes no momento da formação, a mesma foi replicada em vários momentos e transição e cuidados, de forma a chegar a esses enfermeiros, assim como foi deixado na UCICOR em suporte digital toda a informação relativa à formação e ao projeto em si, caso exista a necessidade de consulta por parte da equipa de enfermagem, incluindo toda a equipa na implementação do referido instrumento padronizado.

De modo geral a equipa de enfermagem mostrou-se agradada com a sessão formativa e com a metodologia ISBAR aplicada no instrumento, foram feitas algumas sugestões por parte de vários elementos da equipa de forma a encontrar a melhor forma de operacionalizar o uso do instrumento. Após serem tidas em conta todas as sugestões da equipa iniciou-se a utilização do referido instrumento, tornando mais organizada e sistematizada a passagem de informação nos momentos de transição de cuidados. É de realçar que o referido instrumento não é limitador de informação e está sempre em constante reformulação, de acordo com as necessidades dos enfermeiros da UCICOR, de modo a torna-lo o mais funcional possível e adaptando o mesmo ao contexto sempre que necessário, conforme preconiza a metodologia ISBAR.

Com vista ao cumprimento do objetivo previamente traçado, a implementação da metodologia ISBAR, o instrumento padronizado, conforme supracitado foi elaborado seguindo toda a metodologia ISBAR. É um instrumento que permite a sua utilização em 6 turnos (Noite, Manhã, Tarde, Noite, Manhã e Tarde), findados estes 6 turnos as informações relativas a avaliações e recomendações ainda pertinentes no momento para o doente deverão transitar para nova folha constando no campo das intercorrências devidamente datadas. É de referir que as informações constantes no instrumento padronizado estarão sempre em constante atualização de turno para turno, consoante o estado do doente.

Conforme as diretrizes da metodologia ISBAR assim o indicam, devem ser incorporadas na informação a transitar as informações relativas à Identificação (*Identification*), Situação Atual/Causa (*Situation*), Antecedentes/Anamnese (*Background*), Avaliação (*Assessment*) e Recomendação (*Recommendation*) (Direção-Geral da Saúde, 2017a). Nesse sentido o resultado final deste instrumento padronizado resulta inicialmente num cabeçalho onde constam as informações relativas à **Identificação, Situação Atual/Causa e Antecedentes/Anamnese**. Conforme a técnica ISBAR e a DGS (2017) preconiza nestas informações consta então: o nome do doente, a idade, a data, hora e motivo de admissão, os antecedentes pessoais, o diagnóstico, a pessoa significativa e cuidador informal se existente, o número da cama, o grau de dependência prévia das atividades de vida do doente, alergias, situação social, a existência de diretivas antecipadas de vontade e questões relativas a mecanismos de controlo de infeção, assim como o tipo de medidas de isolamento, o microorganismo causador de infeção ou colonização, o local e a data da colheita de culturas.

Após o cabeçalho surge um quadro que corresponde já ao campo da **Avaliação**, onde surgem informações sobre: o estado de orientação e consciência do doente, a existência de défices sensoriais, os acessos venosos e respetivas perfusões, a existência de feridas, a sua etiologia, local, características, tratamento e a data de realização do mesmo, a realização de levante, ida ao duche ou repouso no leito, a presença de défices neurológicos como plégias ou parésias, a dieta, a necessidade de avaliações de glicémia capilar, a presença de sonda nasogástrica e a data da sua troca, questões relativas à eliminação urinária e intestinal, assim como a presença de algália, a presença de risco de queda ou necessidade de contenção física, a necessidade de oxigenoterapia, ventilação não invasiva ou invasiva e respetivos parâmetros, a necessidade de aspiração de secreções, traçado cardíaco, linha arterial, *pacemaker* provisório, definitivo ou cardioversor desfibrilhador implantável, as características da pele e questões relativas ao cateterismo cardíaco como dia, hora, via de acesso, tratamento e lesões não tratadas.

Este quadro de avaliação corresponde a uma avaliação geral do doente, devendo ser atualizado em todos os turnos e sempre que se altere uma das condições atuais do doente, porém existe um quadro relativo à avaliação por turno, de forma a que se possa perceber as alterações ao longo dos turnos. Nas avaliações em todos os turnos, constam informações de sinais vitais, valores de glicémia capilar e administração de insulina, grau de dispneia, aspiração de secreções e suas características, a eliminação intestinal e vesical e respetiva diurese, traçado cardíaco e a presença de TrBand ou

introdutor arterial femoral. Existe ainda um espaço livre para que o enfermeiro possa escrever as ocorrências significativas durante o turno. Para além do campo da avaliação, por turno consta também o campo da **Recomendação** com informações sobre análises, exames e consultas futuras e ainda um espaço livre para a escrita de recomendações futuras acerca de atitudes terapêuticas e plano de cuidados relativos ao doente ou seu cuidador informal.

Todas as intervenções propostas na fase de planeamento foram efetuadas e adaptadas durante a fase de execução.

2.7 AVALIAÇÃO

A última etapa da metodologia de planeamento em saúde é a avaliação, nesta fase é onde se verifica a consecução dos objetivos definidos na etapa dois (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010). É importante referir que esta avaliação deve ser feita ao longo do tempo de execução de um projeto, de forma a melhorar constantemente a atuação, redefinindo de forma constante a análise de situação, redefinindo os objetivos traçados, assim como selecionando novamente os meios e as estratégias de atuação (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010). Segundo os mesmos autores, esta fase veicula várias vertentes de análise e reflexão, pois para conceber uma avaliação rigorosa e mais correta de qualquer projeto, é necessário a existência de instrumentos de avaliação, os quais devem ser definidos inicialmente e devem permitir mensurar de forma inequívoca o cumprimento dos objetivos (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

Relativamente à avaliação da sessão de formação em serviço foi disponibilizado aos participantes um instrumento de avaliação da mesma após a sua conclusão, que é o instrumento utilizado para o efeito ao nível da instituição hospitalar onde decorre o estágio (Anexo II). É de salientar que nenhum membro que recebeu a formação atribuiu a avaliação de insuficiente em nenhum dos itens do respetivo instrumento avaliativo, destacando-se a maioria dos itens entre o nível Bom e Muito Bom.

No que diz respeito à avaliação do PIS, a mesma será feita de forma faseada ao fim de 3 meses, a contar do início do uso do instrumento padronizado nas passagens de turno na UCICOR. Para o efeito foi criado um instrumento de avaliação (Apêndice M) com base no modelo explicativo da técnica ISBAR (Anexo I) da DGS. Com recurso ao instrumento criado, serão observadas aleatoriamente 5 passagens de turno da UCICOR

e feito o preenchimento do referido instrumento de avaliação, verificando a existência de conformidade absoluta de todos itens do instrumento. Como a DGS (2017) preconiza em virtude do PNSD (2015), que todos os serviços de saúde em Portugal devem atender à metodologia ISBAR, todos os itens deverão estar em conformidade para se verificar a correta implementação da mnemónica ISBAR. Caso exista algum item que não esteja em conformidade com a metodologia ISBAR, o mesmo deve ser objeto de reflexão, levando à implementação de medidas corretivas e às respetivas adaptações no instrumento padronizado, sendo posteriormente repetida a avaliação do PIS findados 3 meses da respetiva implementação das medidas corretivas.

Para além do uso do instrumento de avaliação ao fim dos 3 meses do início da utilização do instrumento padronizado ISBAR, será feita uma avaliação constante verificando que o referido instrumento padronizado é utilizado em todos os momentos de transição de cuidados, de forma a verificar-se se a metodologia ISBAR é utilizada de forma sistemática em todos os momentos de transição de cuidados.

2.8 DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS

Após a fase de implementação de qualquer projeto, emerge a fase de divulgação de resultados, sendo esta uma fase não menos importante, pois permite que a comunidade em geral fique a conhecer as nuances que nortearam todo o processo em que o projeto ocorreu, até à resolução do problema e concretização dos objetivos (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

Sendo a divulgação de resultados um dever ético de todo e qualquer investigador, esta fase deve explicitar toda a informação pertinente acerca do projeto, fazendo referência aos aspetos negativos e às limitações do mesmo para que possa servir de guia em estudos futuros (Martins, 2008).

O objetivo primordial de toda e qualquer investigação é acrescentar conhecimento à comunidade científica, pelo que se torna imperiosa a sua divulgação para que se tenha acesso ao conhecimento (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010) e para que se possa guiar a prática com a base científica produzida (Fortin, 1999). Só desta forma se pode, conforme preconiza a OE (2006), modular os processos práticos baseados na evidência (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

Esta fase pode ser consumada de várias formas, como “a publicação em formato papel ou eletrónica, às comunicações ou pósteres em eventos científicos” (Martins, 2008, p. 66).

Nesse sentido, foi elaborado um artigo científico (Apêndice N) baseado em toda a experiência e em todo o processo que foi este PIS, descrevendo as fases ocorridas desde a sua conceção à sua realização e implementação efetiva. Este artigo serve também como objeto de avaliação do estágio final, com vista à possível publicação posteriormente.

A elaboração do presente relatório de estágio e a sua respetiva defesa pública servirão também como meio de divulgação dos resultados obtidos neste PIS.

É também de salientar que os principais constrangimentos deste PIS, prenderam-se com o facto da existência de hábitos de transição de cuidados já enraizados na equipa, que dificultaram a implementação do novo instrumento, contudo as sugestões e reparos da equipa vieram trazer maior rigor e qualidade ao trabalho desenvolvido.

3. ANÁLISE REFLEXIVA DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM EMCPSC E DE MESTRE EM ENFERMAGEM

A OE (2011) define Enfermeiro Especialista como aquele “com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde” (Diário da República, 2011a, p. 8648), demonstrando também elevados níveis de “julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (Diário da República, 2011a, p. 8648).

O processo de aquisição de competências é algo que ocorre ao longo do tempo, mediante diversos fatores, não sendo inerente a qualquer mecanismo, mas sim algo passível de desenvolvimento (Benner, 2001), pelo que todos os conhecimentos adquiridos e desenvolvidos em contexto profissional ou formativo contribuem de forma relevante para a aquisição das competências especializadas.

Nesse sentido, este curso de Mestrado fomenta a aquisição de competências especializadas no campo da Enfermagem, podendo estas ser comuns a todos os enfermeiros especialistas, ou terem um carácter específico em cada área da Enfermagem como é o caso da EMCPSC. Faz parte integrante também deste curso de Mestrado, o processo conducente à aquisição de competências de Mestre em Enfermagem, de acordo com o Decreto-lei n.º 115/2013 de 7 de Agosto de 2013, que regula os graus académicos e diplomas do ensino superior, que afirma que a atribuição do grau de Mestre é conferido a quem demonstra “possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que (...) sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolve e aprofunda” (Diário da República, 2013, p. 4760), assim como “permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação”(Diário da República, 2013, p. 4761).

Assim, neste capítulo do presente relatório vão ser aprofundadas as questões relativas a todo o processo de aquisição de competências, sendo elas competências comuns a todos os enfermeiros especialistas, específicas à EMCPSC e competências de Mestre em Enfermagem, tendo por base os objetivos traçados no projeto de estágio (Apêndice A), descrevendo com uma abordagem reflexiva todo percurso efetuado ao

longo do Mestrado, focando os estágios efetuados no Serviço de Urgência do CHBM e na UCICOR do CHS.

3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Segundo a OE (2011), as competências comuns ao enfermeiro especialista são aquelas que independentemente da área de especialização, abrangem todos os enfermeiros especialistas, sendo demonstradas no âmbito de cada especialidade mas congruentes na superior capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados (Diário da República, 2011a).

Neste prisma as competências comuns ao enfermeiro especialista conjugam-se em quadro domínios de ação - Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; Melhoria Contínua da Qualidade; Gestão dos Cuidados e do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais (Diário da República, 2011a).

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Constituído sob duas competências – A1: desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção, e A2: promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Diário da República, 2011a).

Cada uma destas competências subdivide-se em unidades de competência. A competência A1 tem como unidades de competência: Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada; Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas; Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade; Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão (Diário da República, 2011a). Encontra-se descrita como a demonstração de “um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica” assentando “num corpo de conhecimento no domínio ético -deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente” (Diário da República, 2011a, p. 8649).

No que respeita à competência A2 esta tem como unidades de competência: Promove a proteção dos direitos humanos; Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente (Diário da República, 2011a). O descritivo desta competência é “demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta em situação específica de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os clientes” (Diário da República, 2011a, p. 8650).

No que diz respeito à competência A1, este curso de Mestrado foi bastante importante, primeiramente é de referir a UC de Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem (EEDÉ), em que foram abordadas as temáticas através de um carácter teórico fazendo referência aos princípios éticos, à deontologia profissional e à legislação em vigor relacionada com a prática de enfermagem. Estes conhecimentos foram aplicados posteriormente em contexto real nos dois estágios do curso, onde é de ressaltar os processos e tomada de decisão aplicados em contexto real.

Durante os dois estágios do curso foram muitos os momentos de necessidade da aplicação de processos de tomada de decisão, em todos foi tido sempre em conta a inclusão do doente nas estratégias de resolução de problemas, assim como o processo de tomada de decisão era sempre discutido com a equipa multidisciplinar. A participação nos processos de tomada de decisão no seio das equipas multidisciplinares com a incorporação do doente, foram bastante importantes no processo de aquisição da competência supracitada, pois eram momentos sempre pautados e assentes em princípios ético-legais e norteados pelo código deontológico, o que possibilitaram um processo reflexivo e de aprendizagem com enorme contributo para a aquisição das competências relativas a este domínio.

No estágio final realizado na UCICOR, foram inúmeros os doentes submetidos a cateterismo cardíaco ou a implantação de PM ou CDI, é de ressaltar que em todos a vontade do doente ou respetiva família esteve sempre patente nos momentos de escolha do plano terapêutico, e a preocupação com o consentimento informado era constante em todos esses momentos.

Destaca-se na aquisição desta competência, o momento de planificação e execução do PIS, pois para a sua implementação foi solicitada a respetiva autorização ao Conselho de Administração do CHS (Apêndice G), à Enfermeira Chefe (Apêndice E) e Diretor de Serviço (Apêndice F), assim como foi também obtido parecer favorável do GID (Apêndice H).

Abordando especificamente a competência A2, a mesma também esteve bastante patente durante os estágios do curso, pois conforme afirma o próprio código deontológico, um dos princípios orientadores da atividade de enfermagem é “o respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados” (Diário da República, 2015b, p. 8078), nesse sentido foram estabelecidas relações terapêuticas com todos os doentes e famílias, sendo sempre prestada toda a informação relativa ao estado de saúde do doente assim como as opções de tratamento futuras, o que é verificável na preocupação constante com os consentimentos informados aplicados aos doentes.

Durante a prestação de cuidados vários foram os valores aplicados na respetiva prática de enfermagem, nomeadamente a igualdade, a liberdade responsável, a verdade e justiça, o altruísmo e solidariedade, a competência e aperfeiçoamento profissional, conforme consagra a deontologia profissional (Diário da República, 2015b). Para tal ressalva-se a importância das enfermeiras orientadoras, que sempre demonstraram o caminho a seguir, através do seu exemplo de excelência na prestação dos cuidados especializados neste domínio específico, fomentando sempre a capacidade reflexiva acerca das decisões e atitudes tomadas.

O tratamento holístico do doente, assim como o respeito pela sua privacidade, hábitos e costumes constitui também um enorme desafio para a Enfermagem, pois todos os doentes diferem entre si e têm a si abarcadas todas as suas vivências e peculiaridades, que jamais devem ser descuradas. Quando se fala em doente crítico, este desafio ainda se torna maior, pois devido ao estado de saúde agudizado, a comunicação pode não ser tão explícita e as preferências do doente podem não ser tão vinculadas, cabendo ao enfermeiro desmistificar estes assuntos encontrando as melhores estratégias de comunicação, incluindo a família neste processo, pois todas as decisões tomadas são importantes, dado o estado crítico em que o doente se encontra.

Também a temática do PIS, assenta em princípios da defesa dos direitos humanos, pois conforme consagra a unidade de competência “A 2.2 - Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança” (Diário da República, 2011a, p. 8650), a aplicação da metodologia ISBAR nos momentos de transição de cuidados, promove a segurança do doente e a transição da metodologia anteriormente utilizada para a metodologia ISBAR é um exemplo de gestão apropriada sobre práticas que podem comprometer a segurança do doente.

Todas as intervenções planeadas no projeto de estágio (Apêndice A) foram executadas, e todas elas veicularam importantes contributos na aquisição das

competências relativas ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. A própria elaboração e implementação do PIS, assim como a componente teórica aplicada na UC de EEDE, possibilitaram uma excelente articulação com o contexto prático desenvolvido nos estágios, pelo que se considera que foram adquiridas as competências relativas ao domínio supracitado.

Domínio da melhoria contínua da qualidade

Este domínio subdivide-se em três competências, a B1 que é desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; a B2 que diz respeito ao conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade; e a B3 que trata de criar e manter um ambiente terapêutico e seguro (Diário da República, 2011a).

Cada uma destas competências subdivide-se em unidades de competência. A competência B1 tem como unidades de competência: inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade; Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática (Diário da República, 2011a). Encontra-se descrita como a colaboração “na conceção e concretização de projetos institucionais na área da qualidade e efetua a disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional.” (Diário da República, 2011a, p. 8650).

No que respeita à competência B2, esta tem como unidades de competência: Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado; Planeia programas de melhoria contínua (Diário da República, 2011). O seu descritivo é “reconhecendo que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, avalia a qualidade, e, partindo dos resultados, implementa programas de melhoria contínua.” (Diário da República, 2011a, p. 8651).

A competência B3 engloba as seguintes unidades de competência: Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo; Gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais (Diário da República, 2011a). A descrição desta competência é “considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a

envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco” (Diário da República, 2011a, p. 8651).

Segundo a OE (2001), através dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, a “qualidade em saúde é tarefa multiprofissional”(Ordem dos enfermeiros, 2001, p. 6), pelo que os enfermeiros devem contribuir e articular-se com as demais áreas na busca contínua da qualidade em saúde. Nesse sentido, as três competências pertencentes a este domínio abarcam especial importância, nomeadamente no que ao enfermeiro especialista em EMCPSC, pois conforme afirma a OE (2015) no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, os enfermeiros desta escola de especialidade assumem-se “como uma mais-valia para a implementação de cuidados especializados de qualidade do Sistema Nacional de Saúde Português”(Diário da República, 2015c, p. 17241), o que demonstra bem a importância de relevo assumida pelos enfermeiros especialistas em EMCPSC na área da melhoria contínua da qualidade, sendo “reconhecidos como elementos chave na resposta à necessidade de cuidados seguros das pessoas em situação crítica” (Diário da República, 2015c, p. 17241).

Neste âmbito a componente teórica deste curso de Mestrado revelou-se preponderante, com os contributos prestados por algumas UC's. A UC de Investigação em Enfermagem contribui de forma vinculada, pois os conhecimentos em enfermagem e as normas para as melhores práticas, têm na sua génese processos de investigação, pois só investigando é que se pode chegar a uma prática baseada na evidência, e nesse sentido é de extrema relevância que os enfermeiros especialistas em enfermagem, sejam conhecedores dos mais variados processos de investigação para que possam liderar e conceber os mesmos nas instituições que representam, assim como possam reconhecer aquele que é o melhor e mais recente conhecimento científico.

A UC de Formação e Supervisão em Enfermagem, veiculou consigo outros contributos importantes nesta área, pois conforme Dale & Bunney (1999) referem, tanto a formação como a aprendizagem estão intimamente relacionadas com um programa de formação que permita a melhoria contínua da qualidade, pelo que a elaboração de planos de formação em serviço, devidamente fundamentados e baseados em evidências clínicas, permite melhorar aspetos da prática da equipa de enfermagem sempre com vista à melhoria dos respetivos indicadores e consequentemente da qualidade (Dale & Bunney, 1999).

Também as UC's de Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde e Gestão em Saúde e Governação Clínica deram o seu contributo para a aquisição das competências

relativas a este domínio, pois a definição de metas e o planeamento estratégico para a sua conceção assumem particular interesse nas instituições de saúde, sendo o enfermeiro especialista alguém competente para colaborar na definição de indicadores de qualidade para a instituição onde exerce a sua prática clínica.

Para além do contributo da componente teórica do curso de Mestrado, os estágios revelaram-se também enormes ganhos na aquisição das competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, primeiramente pela possibilidade de contato privilegiado com os protocolos existentes nos serviços onde decorreram os estágios, assim como a possibilidade de colaboração nos programas de melhoria contínua da qualidade, sendo de destacar os programas relacionados com a gestão do risco clínico na UCICOR, onde a enfermeira orientadora é gestora de risco, possibilitando a experiência de análise de notificação de incidentes clínicos.

No âmbito do risco clínico, o estágio da UCICOR possibilitou também a realização de um turno no Grupo de Indicadores, Auditoria e Risco Clínico (GIARC) do CHS que é quem recebe e analisa todos os relatos de incidente do CHS, tendo como principal finalidade a monitorização e análise desses mesmos relatos, analisando os indicadores e realizando auditorias clínicas, para melhor leitura dos factos ocorridos, podendo corrigir processos e dinâmicas com o desenvolvimento de novas estratégias para a diminuição ou completa abolição do risco de acontecimento de situações idênticas no futuro (Centro Hospitalar de Setúbal, 2016a). A colaboração com o GIARC possibilitou a perceção de como toda a cadeia de relatos de incidentes ocorre em todo o CHS, assim como possibilitou a análise de incidentes complexos do CHS, percebendo a articulação do GIARC com o Conselho de Administração e com os respetivos serviços, sempre com o intuito de resolução de problemas. O trabalho do GIARC deixa patente a importância dos enfermeiros especialistas, na envolvência de todas as equipas e colaboradores na gestão do risco clínico, pois com a envolvência gerada pelos enfermeiros especialistas nos serviços hospitalares é possível que todas situações potenciadoras de risco, possam ser reportadas e minoradas, melhorando assim a qualidade dos cuidados prestados ao doente.

O CHS para além das áreas de risco clínico desenvolve mecanismos também na área do risco geral, nesse sentido foi realizado um turno também na Comissão de Gestão do Risco (CGR), que ao invés do GIARC que trabalha incidentes clínicos, debruça-se sobre incidentes de risco geral, tendo como uma das suas principais competências a promoção de uma abordagem estruturada em tudo o que é a gestão efetiva do risco geral (Centro Hospitalar de Setúbal, 2016b). A colaboração com a CGR

permitiu a análise de relatos de incidentes de risco geral, assim como perceber todos os mecanismos desenvolvidos quer na elaboração de planos de emergência interna, quer na elaboração de planos de prevenção em articulação com outras instituições ou na elaboração de planos de manutenção dos materiais, equipamentos e instalações, como é o caso da vigilância dos prazos de validade e estado de funcionamento dos extintores presentes no CHS.

Os turnos realizados no GIARC e CGR, foram um importante contributo no processo de aquisição de competências relativas ao domínio da melhoria contínua da qualidade, pois são áreas institucionais do CHS que estão ligadas à área da qualidade, o que permitiu uma participação e contato privilegiado com os programas de melhoria contínua da qualidade inerentes a todo o CHS, mas também com padrões de qualidade concebidos a nível internacional, pois a análise e resolução dos relatos de incidentes é baseada na Classificação Internacional sobre Segurança do Doente, publicada pela DGS em 2011, com base na estrutura concetual elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2009, que permite “a categorização da informação sobre a segurança do doente utilizando um conjunto de conceitos estandardizados com definições aceites” (Direção-Geral da Saúde, 2011, p. 2).

Durante o estágio na UCICOR foi possível ter conhecimento de outros programas de melhoria contínua da qualidade que eram realizados noutros serviços do CHS, através de uma formação de três horas com a temática da investigação (Anexo III), onde para além da temática central da investigação em enfermagem e qual a sua importância na melhoria da qualidade, foram apresentados os projetos de melhoria continua da qualidade presentes no CHS.

Nos campos de estágio, tanto no CHBM como no CHS, existiu também colaboração e participação em programas nacionais que visam a melhoria da qualidade como é o caso da Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina (MRSA), conforme preconiza a DGS em 2014 no exemplar normativo número 018/2014 (Direção-Geral da Saúde, 2014), em que era principalmente o enfermeiro especialista o responsável pela identificação dos doentes, assim como a coordenação com a equipa para colheita dos exsudados nasais de controlo e da instalação das medidas de isolamento de contato.

A manutenção e criação de ambientes terapêuticos seguros para a prestação de cuidados ao doente, foi também um enorme contributo dos campos de estágio, pois todos os doentes e famílias foram alvo da criação e manutenção de ambientes seguros, seguindo escrupulosamente todas as diretrizes nacionais e institucionais em vigor.

A elaboração do PIS, consistiu também na conceção de um programa de melhoria contínua da qualidade, pois representou uma intervenção para a melhoria dos cuidados, com o objetivo primordial da criação de um ambiente terapêutico e seguro, visto a comunicação nos momentos de transição de cuidados representar um elemento importante naquilo que é a segurança do doente, revelando-se preponderante na aquisição das competências deste domínio, pois dada a vulnerabilidade dos momentos de transição de cuidados, pelo risco clínico associado à perda de informações clínicas importantes para a segurança do doente, perspetivou-se uma intervenção dinamizadora no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais.

Todas as intervenções planeadas no projeto de estágio (Apêndice A) foram executadas, e todas elas veicularam importantes contributos na aquisição das competências relativas ao domínio da melhoria contínua da qualidade. Tendo em conta toda a fundamentação, considera-se que foram adquiridas as competências relativas ao domínio supracitado.

Domínio da gestão dos cuidados

Relativamente ao domínio da gestão dos cuidados, este subdivide-se em duas competências, a C1 que é gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; a C2 que diz respeito ao adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados (Diário da República, 2011a).

Cada uma destas competências subdivide-se em unidades de competência. A competência C1 tem como unidades de competência: Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão; Orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade (Diário da República, 2011a). Esta competência encontra-se descrita como a realização da “gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas” (Diário da República, 2011a, p. 8652).

No que respeita à competência C2 esta tem como unidades de competência: Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados; Adapta o estilo de liderança e adequa -o ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos (Diário da República, 2011a). O descritivo desta

competência é “na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança situacional mais adequado à promoção da qualidade dos cuidados” (Diário da República, 2011a, p. 8652).

Ao longo deste curso de Mestrado vários foram os contributos que atenderam ao processo de aquisição de competências neste domínio. Em primeira instância é de ressaltar a contribuição da UC de Gestão em Saúde e Governação Clínica, que tratou temáticas de extrema importância, nomeadamente as questões relacionadas com os ambientes favoráveis à prática clínica, que segundo Lake (2002) define ambiente da prática como sendo um determinado conjunto de características de uma organização que podem atuar como agentes facilitadores ou constrangedores da prática da enfermagem (Lake, 2002).

Nesse âmbito, o enfermeiro especialista em enfermagem tem uma importância acrescida, devido à maior responsabilidade que o próprio título de especialista lhe confere, assim como as competências que detêm no domínio da gestão dos cuidados, devendo ser um elemento facilitador na articulação com a equipa multidisciplinar e na gestão das necessidades dos cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e dos seus colaboradores.

Durante os estágios foram realizadas intervenções com o intuito da aquisição destas competências, nesse sentido destacou-se o papel fundamental das enfermeiras orientadoras, sendo duas profissionais com elevado reconhecimento nos seus serviços e que desempenham apoio à gestão nos cuidados.

No estágio no serviço de urgência do CHBM, foi prestada colaboração à enfermeira orientadora na gestão da equipa pelos setores de triagem, reanimação e balcões, a qual tinha a responsabilidade de orientar a equipa de enfermagem presente nos referidos setores, adaptando os recursos humanos disponíveis durante o turno às necessidades atuais e aos picos de afluência do SUG, prestando também suporte na coordenação e supervisão da equipa de AO nas tarefas delegadas. Esta gestão é de fundamental importância, nomeadamente no SUG, pois é um serviço de caráter complexo que se modifica de um momento para o outro, devido aos maiores e menores picos de afluência de doentes, pelo que carece sempre de uma importante organização de cuidados e recursos durante o turno, para que nos momentos de maior congestionamento se possa garantir uma prestação de cuidados segura, rentabilizando os recursos existentes e salvaguardando os interesses do doente, com vista à otimização da qualidade dos cuidados.

No estágio realizado na UCICOR, a abordagem na área da gestão foi ainda mais exaustiva, dado o maior tempo de duração do estágio, pelo que após a percepção da metodologia de trabalho dentro da própria UCICOR, foram realizados turnos no laboratório de Hemodinâmica e na unidade de eletrofisiologia, sendo serviços que compõe o serviço de cardiologia do CHS, a par com a UCICOR e que se articulam diretamente com a mesma, foi importante perceber os seus métodos de trabalho para perceber de melhor forma a maneira como os mesmos se gerem e articulam em função disso com a UCICOR, nomeadamente foi enriquecedor perceber a gestão que é feita pelo Coordenador do laboratório de Hemodinâmica em relação à elaboração dos horários de trabalho da equipa de enfermagem e de AO, pois para além do trabalho efetivo no serviço, é necessário atender à elaboração das escalas de prevenção, sendo este serviço uma referência distrital na abordagem coronária, funcionando em regime de prevenção durante todo o ano na receção de doentes de vários locais do distrito, provenientes da via verde coronária.

No âmbito da UCICOR, foi prestada também colaboração à enfermeira Coordenadora e à enfermeira orientadora com os sistemas de reposição de material de uso clínico, assim como com os pedidos de reposição de *stock* de terapêutica aos serviços farmacêuticos, sendo possível executar o sistema de *picking* e perceber todo o circuito da respetiva reposição e acondicionamento no serviço.

A própria prestação direta de cuidados especializados aos doentes da UCICOR, constituiu um importante contributo, pois dada a complexidade dos doentes presentes, a morosidade dos procedimentos e cuidados a executar juntos dos mesmos era uma realidade, pelo que todos os turnos era necessário fazer uma correta gestão do tempo e dos cuidados, de modo atingir os objetivos propostos para aquele turno, sendo a correta elaboração dos planos de cuidados ao doente, uma tarefa de enorme importância, assim como a correta articulação com a equipa médica nos processos de tomada de decisão, agindo sempre com uma perspetiva antecipatória na gestão dos cuidados ao doente, otimizando assim a qualidade dos mesmos.

Outra intervenção importante realizada nos campos de estágio, que foi objeto de reflexão foi delegação de tarefas, pois em determinados momentos é necessário delegar tarefas em outros elementos da equipa, contudo a responsabilidade pela sua correta execução permanece no agente que a delegou, sendo que é de extrema importância o conhecimento efetivo da equipa, para que se possa confiar determinadas tarefas. Para tal é necessário haver por parte do enfermeiro especialista, uma correta orientação na tarefa delegada, estabelecendo guias orientadores ou até instrução prévia ao elemento

da equipa a quem estão a ser delegadas tarefas, supervisionando também os cuidados prestados, de modo a garantir a correta execução da tarefa delegada.

No domínio da Gestão dos cuidados, as características de liderança também desempenham uma importante relevância, pois é sempre necessário combater a desmotivação da equipa para que se otimize a qualidade dos cuidados prestados. Nesse sentido todo o processo de elaboração e execução do PIS foi fundamental, pois a maneira como foi liderado o projeto, veiculou enormes ganhos ao nível da aquisição de competências neste domínio. A liderança de um projeto nem sempre assume contornos fáceis, ainda mais quando se alteram e corrigem métodos de trabalho já enraizados na equipa, nesse sentido durante a elaboração e implementação do PIS, foi necessário sensibilizar a equipa para a temática, adotando estratégias motivacionais para os vários elementos da equipa, como incluir os mesmos nos processos de tomada de decisão, definindo o plano estratégico conjunto para que a equipa se sentisse motivada e empenhada no processo de mudança introduzido.

Não só ao nível dos aspetos de liderança o PIS foi importante, pois a correta implementação da metodologia ISBAR nos momentos de transição de cuidados, permite uma melhor gestão dos cuidados para os enfermeiros que assumem o turno, pois com a informação mais organizada podem planear os seus cuidados de forma mais efetiva e sistemática, para além de que o tempo de passagem de turno é mais reduzido, podendo o mesmo ser aproveitado na realização de outras tarefas.

Todas as intervenções planeadas no projeto de estágio (Apêndice A) foram executadas, e todas elas veicularam importantes contributos na aquisição das competências relativas ao domínio da gestão dos cuidados. Tendo em conta toda a fundamentação, considera-se que foram adquiridas as competências relativas ao domínio supracitado.

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Relativamente ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, este subdivide-se em duas competências, a D1 que é Desenvolver o auto - conhecimento e a assertividade; e a D2 que diz respeito ao basear a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (Diário da República, 2011a).

Cada uma destas competências subdivide-se em unidades de competência. A competência D1 tem como unidades de competência: Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro; Gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional (Diário da República, 2011a). Esta competência encontra-se descrita como a demonstração “em situação, a capacidade de auto -conhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo -se que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais”, relevando “a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional” (Diário da República, 2011a, p. 8652).

No que respeita à competência D2 esta tem como unidades de competência: Responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade; Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade; Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho. (Diário da República, 2011a). O descritivo desta competência é “assenta os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto sociopolítico) válidos, atuais e pertinentes, assumindo -se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (Diário da República, 2011a, p. 8653).

As competências que incorporam este domínio são alvo de desenvolvimento ao longo de todo o percurso profissional, pois ser enfermeiro não se resume apenas a competências técnicas, o enfermeiro é um trabalhador do conhecimento, que deve estar em constante atualização e aprendizagem, de forma a ter em sua posse e a incorporar constantemente o conhecimento científico recente nas suas práticas diárias de prestação de cuidados.

Nessa perspetiva torna-se primordial que o próprio enfermeiro tenha um elevado conhecimento sobre si, de forma a identificar as suas lacunas, adotando uma postura de procura ativa do conhecimento, sempre com o intuito de colmatar as suas dificuldades. No âmbito do autoconhecimento destacou-se a UC de Desenvolvimento Pessoal, que apesar de ser uma UC de cariz optativo revelou-se bastante importante neste processo, pois o trabalho realizado consistiu numa análise reflexiva acerca de uma área da esfera pessoal, em que o nível de satisfação fosse diminuído, analisando friamente os motivos da insatisfação e o que pode ser feito a nível pessoal para melhorar essa área. As aulas desta UC assumiam sempre um caráter bastante prático, em que os exercícios realizados incutiam sempre a forma como nos víamos a nós próprios e a

forma como os outros também nos viam, daí as competências ao nível do autoconhecimento e assertividade terem saído bastante fortalecidas e desenvolvidas.

A UC de EMC 1 também veiculou importantes conhecimentos neste domínio, pois as temáticas abordadas foram as teorias de enfermagem e a comunicação de más notícias. A parte das teorias de enfermagem foi bastante importante, pois permite uma reflexão sistemática acerca dos vários modelos teóricos e teorias existentes no âmbito da EMCPSC, relacionando com aquilo que é a nossa prática diária. A temática da comunicação de más notícias não foi menos importante, pois é verdade que durante o nosso dia-a-dia lidamos com situações potenciadoras de stress, e que exigem uma correta comunicação de modo a amenizar o impacto negativo que elas acarretam.

Estes conhecimentos foram bastante importantes nos campos de estágio, pois todos os dias era importante estabelecer uma boa comunicação terapêutica com os doentes e respetivas famílias, identificando fatores que podiam interferir nesse relacionamento, pois o enfermeiro especialista em EMCPSC lida com doentes complexos devido ao seu estado crítico de doença, em que o suporte emocional e comunicacional não deve ser descurado para com o doente e família, pelo que nos campos de estágio foi uma área sempre bastante explorada e objeto de reflexão pessoal em conjunto com as enfermeiras orientadoras, de modo a encontrar estratégias cada vez mais eficazes de apoio e comunicação ao doente e família.

O enfermeiro especialista tem também a competência de mediar conflitos, quer com o doente e família, quer com a própria equipa multidisciplinar, devendo agir de forma antecipatória, reconhecendo as situações de possível conflito, gerando respostas adequadas sempre com vista à resolução dos conflitos. Durante os estágios surgiram ocasiões em que existiu a necessidade de mediar conflitos, principalmente no estágio do SUG com determinadas famílias dos doentes, oriundas a maior parte de diferentes culturas, em que a resposta sempre foi positiva e as situações suscetíveis de conflito foram sempre dissipadas antes do seu início. Entre as próprias equipas multidisciplinares também é natural que surjam situações conflituantes, pois as equipas são vastas e compostas por diferentes pessoas e com diferentes formas de pensar e agir, pelo que o que se torna primordial é que essas situações sejam resolvidas em equipa e que contribuam para mudanças positivas nas práticas de trabalho.

O processo formativo desempenhou particular contributo na aquisição das competências deste domínio, pois baseado no processo de autoconhecimento, surgiu a necessidade de ir ao encontro de temáticas menos desenvolvidas, com vista não só a todo o processo de aquisição de competências, mas também de forma a melhor

fundamentar a prática de cuidados especializados. Nesse sentido foram frequentadas algumas formações durante o estágio da UCICOR. Uma das quais foi uma formação de três horas com a temática da investigação (Anexo III), supracitada no processo reflexivo da aquisição de competências ao nível do domínio da melhoria contínua da qualidade. Por sua vez, devido ao estágio final se realizar na UCICOR e os doentes serem doentes críticos cardíacos, surgiu a necessidade de aprofundar conhecimentos ao nível de traçados cardíacos para uma melhor e mais rápida abordagem aos doentes da UCICOR, nesse sentido foi frequentada uma formação de oito horas com a temática “Noções Básicas de Eletrocardiografia” (Anexo IV).

Com vista à aquisição de competências específicas de enfermeiro especialista em EMCPSC e por serem áreas menos desenvolvidas foram também frequentadas as formações “Seminário de Catástrofe” com a duração de nove horas (Anexo V), “Práticas de prevenção e controlo de infeção” com a duração de duas horas (Anexo VI), e com a duração de quatro horas uma formação que abrangeu as temáticas “Manuseamento de extintores no combate a incêndios”, “Plano de Emergência Interno” e “Evacuação de um serviço” (Anexo VII).

Para além das formações frequentadas durante os estágios como formando, foram realizadas duas formações como formador, uma no SUG e outra na UCICOR com a temática “Transição Segura de Cuidados do Doente Crítico” (Apêndice L), que incorporaram o plano de formação em serviço dos respetivos serviços.

Todo o percurso ao longo do curso de Mestrado contribuiu de grande forma para a aquisição das competências deste domínio, pois em todas as UC's houve a necessidade de uso de tecnologias de informação e metodologias de pesquisa adequadas, nomeadamente nas bases de dados internacionais, de forma a atingir os objetivos nas várias UC's e de forma a fundamentar a prática especializada de cuidados, nos estágios do curso, baseando a prática clínica especializada em válidos e sólidos padrões de conhecimento.

À semelhança das competências relativas aos outros domínios, o processo de planeamento e execução do PIS também se revelou uma enorme mais-valia na aquisição das competências deste domínio, pois o mesmo veicula importantes contributos, que vão desde o diagnóstico de necessidades formativas, pois a comunicação nos momentos de transição de cuidados na UCICOR representava uma importante lacuna na metodologia de trabalho, e a conceção do PIS veio mostrar-se como um elemento dinamizador que incorpora o conhecimento científico mais recente, naquilo que é o contexto de prática de cuidados da UCICOR, abarcando ganhos em

saúde para os doentes, nomeadamente na redução da incidência de eventos adversos relacionados com o défice comunicacional.

Todas as intervenções planeadas no projeto de estágio (Apêndice A) foram executadas, e todas elas veicularam importantes contributos na aquisição das competências relativas ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Tendo em conta toda a fundamentação, considera-se que foram adquiridas as competências relativas ao domínio supracitado.

3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM EMCPSC

A pessoa em situação crítica sofre processos de saúde e doença complexos, aos quais a falência de uma ou mais funções vitais é eminente abarcando uma ameaça real à vida, necessitando dos mais diferenciados métodos de vigilância, monitorização e terapêutica (Diário da República, 2011b).

Nesse sentido os cuidados prestados a estes doentes exigem a sua execução de forma persecutória, sendo cuidados de elevada complexidade tendo sempre por base dar resposta às necessidades afetadas, mantendo o funcionamento vital básico, por forma a prevenir a existência de complicações e limitações, garantindo assim a recuperação total do doente (Diário da República, 2011b).

Assim o enfermeiro especialista em EMCPSC deve ter abarcadas competências que lhe reconhecem capacidade para prever e detetar situações de possível complicação, de forma a prestar uma ação eficaz na antecipação desses acontecimentos, assim como deve também estar preparado para dar resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima e intervir na prevenção e controlo de infeção na pessoa em situação crítica e ou em falência orgânica (Diário da República, 2011b).

Posto isto a OE (2011), definiu três competências específicas do enfermeiro especialista em EMCPSC, sendo elas: K1- Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; K2- Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação; K3-Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Diário da República, 2011b).

Competência K1 - Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

A competência K1 é descrita pela OE (2011), como “Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e ou falência orgânica e à sua família, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística” (Diário da República, 2011b, p. 8656).

Esta competência subdivide-se em seis unidades de competência, sendo elas: Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica; Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos; Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas; Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica; Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde; Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica (Diário da República, 2011b).

A competência K1 foi aquela que necessitou de maior investimento ao longo de todo o curso de Mestrado, desde logo na parte teórica do curso em que várias foram as UC's que prestaram o seu contributo no processo conducente à aquisição da referida competência. Primeiramente, destaca-se a UC de Fisiopatologia e Intervenção Terapêutica em Enfermagem Especializada, onde foram abordados todos os sistemas corporais, tendo em conta os processos fisiopatológicos desencadeantes de instabilidade e que conferem um grau de complexidade elevado e um estado crítico aos doentes. Nesta UC foi também evidenciado o papel do enfermeiro especialista na abordagem terapêutica ao doente crítico, tendo em conta qual ou quais os processos de doença instalados.

A UC de EMC 2, prestou também um enorme contributo na perceção daquilo que é o trabalho do enfermeiro especialista em EMCPSC, junto dos doentes a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, tendo por base aquilo que é o processo de enfermagem na procura da resolução para as problemáticas encontradas.

Uma das problemáticas mais exploradas nesta UC era a gestão diferenciada da dor e o bem-estar do doente crítico, pois é algo que pode influenciar muito negativamente todo o processo de saúde e doença destes doentes, sendo algo que muitas vezes não é explícito e facilmente identificável, pois devido ao estado atual do doente, o mesmo não consegue expressar-se da melhor forma, pelo que cabe ao enfermeiro especialista em EMCPSC desempenhar um importante papel, não só na identificação de evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar, mas também na gestão de medidas farmacológicas no combate à dor, assim como o conhecimento de habilidades não farmacológicas no alívio da dor e que visem o bem-estar físico, psicossocial e espiritual dos doentes.

Estes conhecimentos adquiridos foram bastante importantes, pois permitiram uma excelente abordagem aos doentes nos contextos reais de prática durante os estágios, em que a gestão diferenciada da dor e do bem-estar dos doentes era sempre tido em conta, veiculando sempre uma resposta positiva na situação de doença atual. Foram desenvolvidos sempre conhecimentos na gestão diferenciada do bem-estar e controlo da dor em todos os doentes, mesmo nos casos dos doentes sob ventilação mecânica invasiva, aos quais foram prestados cuidados na UIPA durante o estágio no SUG, em que devido ao seu estado atual era difícil a avaliação da dor, contudo eram sempre utilizadas ferramentas de avaliação da dor adaptáveis ao doente e os resultados obtidos foram sempre positivos, pois controlando a dor e melhorando o bem-estar a todos os níveis verificava-se uma melhoria hemodinâmica nos doentes críticos.

Numa perspetiva mais teórico-prática destaca-se a UC de EMC 4, pois englobado nos seus conteúdos programáticos estiveram a certificação de três cursos internacionais. Em primeiro lugar, foi realizado o curso de Suporte Básico de Vida (SBV), com certificação internacional (Anexo VIII), que emergiu como primeira abordagem aos doentes vítimas de Paragem Cardiorrespiratória (PCR), dando para se perceber a importância dos tempos quando se trata de doentes críticos, em que uma pronta abordagem de SBV até à chegada de equipas diferenciadas de reanimação, pode ser preponderante na recuperação e reabilitação dos doentes que sofreram uma PCR. Considera-se um curso bastante importante ao qual toda a população devesse estar instruída, de modo a que se pudesse ganhar tempo precioso até à chegada do doente ao hospital.

Na UC de EMC 4 também foi realizada certificação internacional no curso de Suporte Avançado de Vida (SAV) (Anexo IX), que prestou enorme contributo na aquisição da competência K1, pois para além do treino em liderança de equipas de reanimação e

aquisição de conhecimentos na execução de técnicas de elevado grau de complexidade como é o caso da desfibrilhação, cardioversão ou abordagem avançada da via aérea, este curso veicula importantes conhecimentos na aplicação da metodologia ABCDE, permitindo perceber os focos e causas mais comuns que originam a PCR, o que permite ao enfermeiro especialista em EMCPSC uma atuação antecipatória face aos múltiplos focos de instabilidade que o doente evidencia antes de sofrer a PCR, sendo essa identificação rápida de focos de instabilidade, assim como a ação antecipatória face aos mesmos, uma importante ferramenta do enfermeiro especialista em EMCPSC no tratamento à pessoa a vivenciar processos de saúde e doença crítica e ou falência orgânica.

Para além dos cursos de SBV e SAV, a UC de EMC 4 permitiu ainda a certificação internacional no curso de *International Trauma Life Support (ITLS)* (Anexo X), sendo este também uma importante fonte de conhecimentos no tratamento ao doente crítico, pois os doentes vítimas de trauma, podem ser doentes bastante instáveis mediante os danos e o tipo de trauma que sofreram, sendo aqui mais uma vez à semelhança do curso de SAV, a abordagem ABCDE uma importante ferramenta no despiste e identificação de focos de instabilidade no doente, preparando o enfermeiro especialista em EMCPSC para uma atuação antecipatória face a esses focos, adotando estratégias e executando técnicas complexas como a descompressão do pneumotórax hipertensivo, de modo à estabilização hemodinâmica do doente até à chegada do doente a uma instituição hospitalar onde poderá receber tratamento diferenciado.

Durante os estágios foram aplicados os conhecimentos adquiridos, tanto nos cursos de SBV, SAV e ITLS, como de toda a componente teórica do curso de Mestrado. Durante o estágio no SUG vários foram os turnos realizados na sala de reanimação, onde foram colocados em prática os conhecimentos adquiridos principalmente nos cursos de SAV e ITLS, pois foram recebidos alguns doentes vítimas de trauma e outros em situação crítica, onde a abordagem ABCDE foi utilizada de forma eficaz permitindo identificar os focos de instabilidade, permitindo a execução de medidas terapêuticas antecipadas, que ajudaram na estabilização destes doentes para um melhor e mais eficaz encaminhamento.

Ainda no estágio do SUG, foram realizados vários turnos também na UIPA, onde foram encontrados vários doentes em estado crítico, nomeadamente doentes sob ventilação mecânica invasiva, onde todo o processo de monitorização e vigilância é mais apertado. Cuidar destes doentes exigiu uma administração e gestão de protocolos terapêuticos complexos, nomeadamente no âmbito do uso de medicação sedativa e

vasoativa, como o caso das catecolaminas, em que é necessária especial atenção na monitorização e avaliação do efeito destas medicações, de modo a diagnosticar prontamente possíveis complicações das mesmas que agravem o estado de saúde do doente, para que seja passível a implementação de respostas de enfermagem devidamente adaptadas às complicações existentes, exercendo continuamente a correta avaliação e adequação destas medidas exercidas.

Para além de doentes ventilados mecanicamente e tudo o que isso implica, também foram cuidados doentes com drenagens torácicas aspirativas, aos quais carecem também de enorme vigilância, principalmente na identificação precoce e antecipada de focos de instabilidade, como o caso de alterações hemodinâmicas ou enfisema subcutâneo, adequando continuamente a pressão aspirativa e o correto posicionamento do doente face à drenagem torácica.

Para além dos turnos efetuados na sala de reanimação e na UIPA, durante o estágio do SUG, foram realizados dois turnos em meios do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), nomeadamente um turno na viatura de Suporte Imediato de Vida (SIV) de Lisboa e outro turno na VMER do Barreiro. Na viatura SIV, conforme indica a Ficha de realização de estágio em meios INEM (Anexo XI), houve quatro emergências devido a doença súbita, em que foi possível a colaboração nos cuidados prestados às vítimas, assim como o seu transporte e encaminhamento para as instâncias hospitalares adequadas à situação. É de salientar que na viatura SIV o enfermeiro é o elemento mais diferenciado da equipa, o que possibilita uma maior autonomia do mesmo na gestão da ocorrência e no transporte do doente.

O turno realizado na VMER proporcionou conforme a respetiva Ficha de realização de estágio em meios INEM (Anexo XII) indica, também quatro saídas para emergências, sendo duas de doença súbita e duas de trauma, onde houve a possibilidade de ver aplicados os conhecimentos do curso de SAV e ITLS, nomeadamente com a abordagem ABCDE diferenciada, aplicada pelo médico e enfermeiro presentes. Estes dois turnos em meios INEM veicularam conhecimentos que contribuíram para a aquisição da competência K1, pois proporcionaram o contato com protocolos terapêuticos complexos, assim como ajudou na perceção do trabalho efetuado pelas equipas de pré-hospitalar, que são na maioria das vezes o primeiro meio de socorro aos doentes em estado crítico.

Também o estágio realizado na UCICOR permitiu aprofundar conhecimentos no âmbito da competência K1, pois devido a tratar-se de uma UCI recebe doentes em estado crítico, que são alvo de apertada monitorização e vigilância e são submetidos a

protocolos terapêuticos complexos, onde à semelhança da UIPA o papel do enfermeiro especialista em EMCPSC é preponderante, nomeadamente na correta gestão e administração destes protocolos terapêuticos complexos. Era bastante comum em todos os turnos na UCICOR, a existência de doentes a efetuar estabilização da insuficiência cardíaca com levosimendano ou com PM provisório e isoprenalina em curso devido a bloqueios auriculoventriculares completos enquanto aguardavam a colocação de PM definitivo, sendo doentes com medidas de vigilância e monitorização invasiva implementadas, onde mais uma vez o enfermeiro necessita ter competência não só na correta gestão e administração destes protocolos terapêuticos, como também na correta manutenção e leitura destas medidas invasivas.

Durante o estágio na UCICOR, emergiu também a possibilidade e necessidade em buscar conhecimento mais aprofundado para além da própria UCICOR, pelo que foi participado numa formação de oito horas com o tema “Noções Básicas de Eletrocardiografia” (Anexo IV), conforme supracitado no subcapítulo anterior, pois dado aos doentes residentes na UCICOR serem doentes do foro cardíaco, estes conhecimentos eram essenciais no cuidado a esses doentes, nomeadamente no reconhecimento precoce de arritmias peri-paragem ou arritmias malignas, que podem originar rapidamente uma PCR, pelo que a sua rápida identificação é essencial de modo a agir antecipadamente à possibilidade de PCR.

Após este curso foi realizado um turno com a Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI) do CHS, que é composta por um enfermeiro e um médico e tem como missão socorrer qualquer pessoa dentro o perímetro do CHS, não substituindo os médicos de urgência interna (Centro Hospitalar de Setúbal, 2016c), atendendo ao exemplar normativo da DGS Nº 15/DQS/DQCO de Junho de 2010, que visa a criação e implementação de EEMI's, “que são ativadas, não só para situações de PCR, mas também para situações de significativa deterioração fisiológica aguda” (Direção-Geral da Saúde, 2010, p. 1). Este turno possibilitou perceber a dinâmica e o trabalho desenvolvido pela EEMI do CHS, assim como perceber o seu mecanismo de ativação para qualquer parte do hospital.

Ainda durante o estágio na UCICOR, foi possível realizar quatro turnos no laboratório de Hemodinâmica do CHS, que permitiu adquirir conhecimentos avançados sobre a fisiologia coronária, assim como os aspetos diferenciados da fisiopatologia e tratamento mecânico do Enfarte Agudo do Miocárdio. Devido a este laboratório ser uma referência nacional no tratamento coronário recebe vários doentes provenientes da via verde coronária, o que possibilitou a receção de doentes críticos transportados pelo

Helicóptero do INEM, assim como assistir a angioplastias de urgência a estes doentes estando os mesmos ventilados mecanicamente e com todo o suporte inotrópico adjacente.

Para além deste carácter mais fisiológico e hemodinâmico, foi alvo de especial atenção durante os estágios também a correta gestão emocional destes doentes e famílias, pois o estado crítico dos doentes é gerador de grande stress, medo e ansiedade por parte dos mesmos e das suas famílias, pelo que foram sempre adotadas estratégias aprofundadas de comunicação com os doentes e respetivas famílias, implementando estratégias facilitadoras de comunicação, nomeadamente a doentes provenientes de outros países que não dominavam a língua portuguesa nem inglesa, onde foram sempre encontrados mecanismos de comunicação adaptados à complexidade do estado de saúde do respetivo doente.

Para uma correta comunicação com os doentes e famílias era primordial iniciar uma eficaz relação terapêutica, principalmente com os doentes com dificuldades comunicacionais, de forma a poder utilizar-se de forma correta a relação de ajuda junto dos doentes, assim como prestar um apoio emocional diferenciado na gestão do medo e ansiedade experimentados pelo doente e família face ao internamento e ao estado de saúde crítico atual.

Em alguns casos foi necessário fazer recurso ao protocolo de Spikes, abordado nas aulas de EMC 1, na comunicação de más notícias, principalmente junto das famílias dos doentes em casos em que o doente acaba por falecer, respeitando sempre os processos de luto que esta notícia desencadeia.

Todo o processo relativo ao PIS também abarca contributos na aquisição da competência K1, pois a temática do mesmo veicula conhecimentos relativos áquilo que é a correta comunicação entre a equipa de enfermagem, o que permite uma melhor leitura do estado atual do doente, assim como alerta para os possíveis focos de instabilidade, fazendo com que a abordagem seja mais rápida e atempada.

É de destacar no âmbito da aquisição desta competência o papel importante desempenhado pelas orientadoras nos estágios do curso, pois sendo profissionais de relevo nos seus respetivos serviços, sempre permitiram um processo reflexivo e de aprendizagem diferenciado, facilitando todo o processo de aquisição da competência K1.

Todas as intervenções planeadas no projeto de estágio (Apêndice A) foram executadas, e todas elas veicularam importantes contributos na aquisição da

competência K1. Tendo em conta toda a fundamentação, considera-se que a competência supracitada foi adquirida com sucesso.

Competência K2 - Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação

A competência K2 é descrita pela OE (2011), como “intervém na conceção dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe e multi-vítima” (...) “ante a complexidade decorrente da existência de múltiplas vítimas em simultâneo em situação crítica e ou risco de falência orgânica, gere equipas, de forma sistematizada, no sentido da eficácia e eficiência da resposta pronta” (Diário da República, 2011b, p. 8657).

Esta competência subdivide-se em três unidades de competência, sendo elas: Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência; Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência Multi-vítima ou catástrofe; Gere os cuidados em situações de Emergência e ou Catástrofe(Diário da República, 2011b).

A competência K2 assume um carácter especial, pois trata de questões relacionadas com situações de catástrofe, que são ocorrências que adquirem um carácter de elevada imprevisibilidade de acontecerem, porém as condições e a forma de atuação se surgirem devem estar acauteladas, de modo a minorar os danos que essas situações emergentes possam trazer.

Nesse sentido os planos de emergência assumem extrema importância dentro das organizações, pois conforme afirma Autoridade Nacional de Proteção Civil (ANPC) (2008), os mesmos auxiliam “a elaboração e operacionalização de Planos de Emergência de Proteção Civil, sistematizando os procedimentos inerentes a todo o processo de planeamento” (Unidade de Planeamento / Núcleo de Planeamento de Emergência da ANPC & Escola Nacional de Bombeiros, 2008, p. 3).

Nesse sentido durante os estágios foi conhecido sempre o plano de emergência das respetivas instituições, sendo que no estágio na UCICOR foi analisado conjuntamente com a orientadora todo o plano de emergência e catástrofe, assim como o fluxograma de atuação perante emergência/catástrofe interna no HSB (Anexo XIII), o que permitiu perceber qual o papel de cada interveniente no caso de deteção de uma emergência.

Neste âmbito foi também frequentada uma formação de quatro horas, com as temáticas “Manuseamento de extintores no combate a incêndios”, “Plano de Emergência Interno” e “Evacuação de um serviço” (Anexo VII), conforme já referido no subcapítulo anterior, o que permitiu um conhecimento ainda mais aprofundado sobre o plano de emergência interno e como o mesmo se articula com as instâncias Nacionais e Distritais, assim como foi possível a participação num cenário simulado de evacuação de um serviço, onde para além da perceção prática das tarefas de cada elemento da equipa, foi possível liderar o processo de evacuação, atribuindo os papéis a todos os elementos da equipa, assim como a avaliação do desempenho dos mesmos, promovendo medidas corretivas na respetiva atuação.

Durante o estágio na UCICOR, foi detetado que a chefe do serviço elaborava todos os dias um levantamento de necessidades para o caso da UCICOR tivesse que ser evacuada, contudo esse levantamento de necessidades era realizado de forma não estruturada, pelo que foi construída uma *Check-list* de material e equipamentos necessários para evacuação da UCICOR (Apêndice O), onde consta também uma tabela que estabelece a prioridade dos doentes a serem evacuados segundo Sánchez-Palacios et al. (2009), que deve ser preenchida todos os dias por um enfermeiro especialista em EMCPSC ou pela chefia do serviço, de modo a que se surgir a necessidade de evacuação da UCICOR, o referido processo seja otimizado de forma mais rápida e sistemática, onde quem esteja presente na altura possa consultar e coordenar o processo de evacuação.

Conforme referido no subcapítulo anterior, foi realizado um turno na CGR, onde para além dos conhecimentos aprofundados na área da gestão do risco, destaca-se a partilha de experiências pela enfermeira coordenadora da CGR, que evidenciou várias experiências onde houve a necessidade de acionar o plano de emergência interno ou evacuar serviços do CHS. Esta partilha de experiências foi bastante importante, pois permitiu perceber a área de atuação da CGR e do CHS, junto de outras autoridades locais e nacionais no trabalho de prevenção ou minoração de danos decorrentes de uma ameaça ou situação ocorrida, alertando para a quantidade de aspetos fundamentais que devem ser tidos em conta nestas situações de exceção.

Contudo, apesar de toda esta área de planeamento ser bastante importante e poder prevenir, assim como minorar algumas situações, também é necessário ter em conta que as situações de catástrofe, apesar de raras podem acontecer e abarcam consigo cenários com múltiplas vítimas, onde é preciso adaptar a abordagem dos meios de socorro em relação aquilo que acontece em circunstâncias normais. Neste âmbito

também foram alguns os contributos no desenvolvimento destes conhecimentos, surgindo em primeiro lugar a UC de EMC 3, onde para além dos conhecimentos adquiridos em relação aos planos de emergência, foram adquiridos também conhecimentos ao nível da triagem segundo o modelo START (Simple Triage And Rapid Treatment), que é o modelo utilizado pelos meios de socorro em situações de catástrofe com multi-vítimas, em que os meios de saúde são precários dado o elevado número de vítimas, aplicando-se assim uma priorização coletiva, em que o objetivo é fazer o melhor pelo maior número de doentes, daí a necessidade de um método de triagem rápido, de forma a dar o atendimento devido às vítimas mais graves (Intrieri, et al., 2017).

A seguinte imagem demonstra o fluxograma utilizado pelo INEM, nas situações de catástrofe, baseado no modelo START:

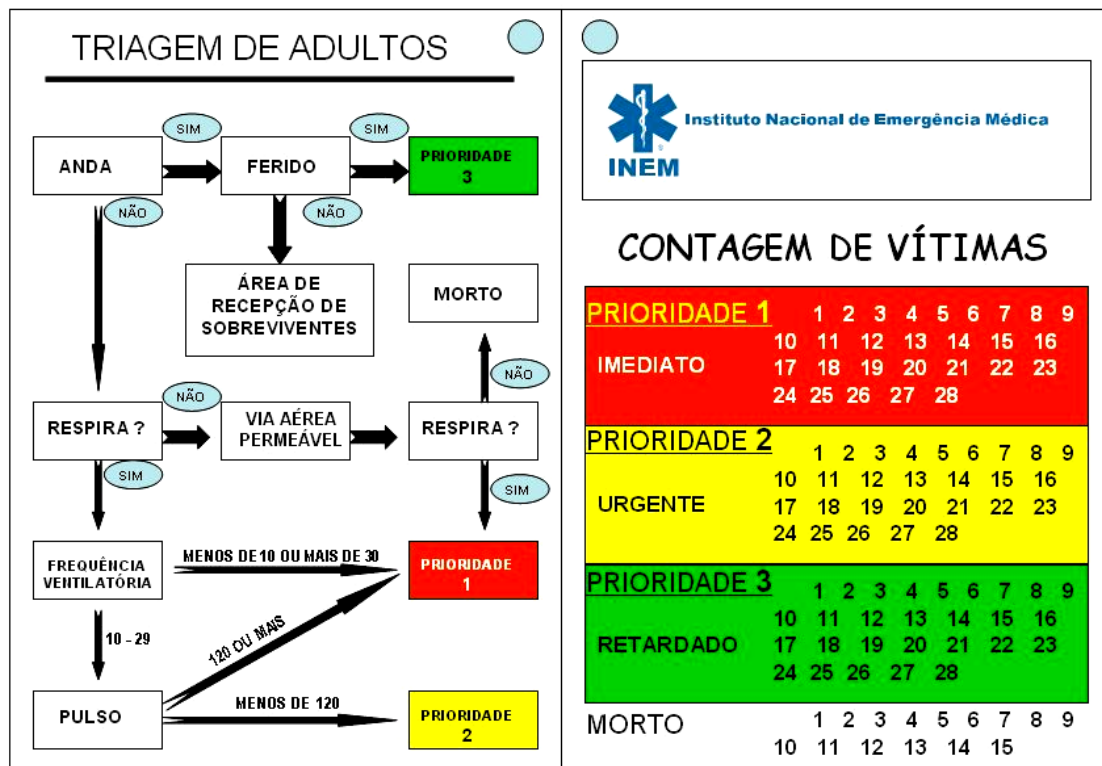


Figura 2. Fluxograma de Triagem de Adultos do INEM

Também no sentido de aquisição desta competência, foi participado num “Seminário de Catástrofe” (Anexo V), levado a cabo pela Associação Nacional de Bombeiros e Agentes de Proteção Civil, com a duração de nove horas onde foram abordadas questões não só relativas aos planos de emergência nacionais, assim como as condições das infraestruturas na cidade de Lisboa face aos vários tipos de catástrofe passíveis de ocorrer. Neste seminário foi ainda abordada a temática da triagem START,

sendo efetuada uma simulação prática com o uso deste método de triagem num cenário multi-vítimas.

Outro curso frequentado durante o curso de Mestrado foi o curso de ITLS, que para além dos contributos dados na aquisição da competência K1, também veiculou conhecimentos considerados importantes na aquisição da competência K2, pois em situação de catástrofe a maioria dos doentes, são doentes que sofreram trauma, pelo que a aplicação dos conhecimentos do curso de ITLS em cenários multi-vítimas é essencial, nomeadamente as questões relativas ao exame rápido de trauma, que permite de forma rápida uma observação aos doentes vítimas de trauma e uma rápida intervenção, naquilo que podem ser complicações que atentem contra a vida da vítima em pouco tempo, não sendo aplicadas medidas. Durante este curso também foram abordados cenários multi-vítimas, onde foram aplicados os princípios de atuação em situação de catástrofe na gestão da ocorrência, destacando-se também os *debriefing's* realizados no final de cada cenário, que permitiram solidificar e cimentar os conhecimentos nesta vertente.

Os turnos realizados na SIV e VMER também contribuíram no processo de aquisição da competência K2, pois apesar das ocorrências, não serem para cenários multi-vítimas, foi importante o contato com os meios pré-hospitalares do INEM, permitindo perceber na prática a metodologia de atuação dos mesmos, os seus mecanismos de ativação, assim como a comunicação constante entre os profissionais que estão no contexto e aqueles que estão no Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU). É de salientar que a SIV em questão, por se encontrar sediada na central do INEM, houve a possibilidade de ouvir algumas chamadas do CODU, percebendo da melhor forma como são tratadas as ocorrências, assim como são ativados os meios para o terreno, tendo em conta os condicionalismos existentes devido à escassez de meios disponíveis.

Por fim, é de referir que nunca foi experienciado a atuação em situação de catástrofe, em cenários multi-vítimas em contexto real, devido à sua natureza rara e imprevisível, porém destaca-se um turno realizado na sala de reanimação no estágio realizado no SUG, em que devido ao congestionamento do serviço nessa altura, foram recebidos três doentes emergentes em espaço de minutos, para a sala de reanimação, tendo se adotado medidas de priorização na gestão dos cuidados a esses três doentes, havendo a necessidade de uma boa articulação entre os meios disponíveis e as necessidades dos doentes até à chegada de ajuda.

Todas as intervenções planeadas no projeto de estágio (Apêndice A) foram executadas, e todas elas veicularam importantes contributos na aquisição da

competência K2. Tendo em conta toda a fundamentação, considera-se que a competência supracitada foi adquirida com sucesso.

Competência K3 - Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

A competência K3 é descrita pela OE (2011), como “considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção e controlo de infeção”(Diário da República, 2011b, p. 8657).

Esta competência subdivide-se em duas unidades de competência, sendo elas: Concebe um plano de prevenção e controlo da infeção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica; Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à prestação de Cuidados de Saúde (IACS) à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica (Diário da República, 2011b).

De acordo com o descritivo da competência K3 e as suas respetivas unidades de competência, esta competência está bastante relacionada com as IACS, que são infeções adquiridas pelos doentes em contexto de prestação de cuidados de saúde, podendo para além dos doentes afetar também os profissionais no exercício da sua prática (Direção-Geral da Saúde, 2007).

Com os avanços tecnológicos ao longo dos tempos nos MCDT, nas medidas de monitorização e vigilância, assim como nos meios de tratamento, estes procedimentos assumem um caráter cada vez mais invasivo, ficando os doentes cada vez mais expostos e vulneráveis a adquirir IACS, o que vai atrasar e dificultar o tratamento ao doente, abarcando consigo inúmeros custos e complicações. Sendo o doente crítico aquele atravessa processos de internamento mais prolongados, está sujeito a um maior número intervenções invasivas, devido ao seu estado mais agravado de saúde, o que o torna mais vulnerável e propenso a adquirir IACS, pelo que faz todo o sentido que os

profissionais que lidam com estes doentes, nomeadamente os enfermeiros especialistas em EMCPSC, estejam munidos de competências na área da prevenção e controlo de infeção.

Ao longo do curso de Mestrado foram obtidos vários contributos no sentido de adquirir a competência K3, em primeira instância destaca-se a componente teórica do curso com a UC de EMC5, que veiculou conhecimentos importantes ao nível das várias tipologias de isolamento e as respetivas medidas utilizadas e seus equipamentos de proteção individual. Esta UC foi também bastante importante, pois permitiu a construção de um plano de prevenção e controlo de infeção, tendo em conta as necessidades de um serviço específico, face aquilo que são as diretivas nacionais mais recentes, estabelecendo medidas e implementando estratégias que visassem a prevenção e controlo de infeção.

A componente prática do Curso de Mestrado foi também bastante importante, de forma a articular os conhecimentos adquiridos na componente teórica. Nesse sentido o estágio no SUG, nomeadamente os turnos realizados na UIPA, permitiram contato restrito com doentes sob ventilação mecânica invasiva, que devido ao caráter invasivo da ventilação a que estão sujeitos, apresentam-se bastante vulneráveis e suscetíveis a contraírem uma Pneumonia Associada à Ventilação (PAV), pelo que foi cumprido de forma escrupulosa o feixe de intervenções utilizado na UIPA para a prevenção da PAV, pois os doentes que adquirem uma PAV estão sujeitos a mais dias de internamento, assim como agravam o seu estado de saúde, que por si só já é crítico sem a PAV, daí que tenha que haver um enorme rigor na prestação de cuidados a estes doentes, de forma a prevenir a ocorrência de IACS, principalmente a PAV.

Ainda no estágio do SUG, e mais relativamente aos turnos realizados na sala de reanimação, que conforme a distribuição efetuada, quem se encontra responsável pela sala de reanimação assume também os doentes da sala de inalatórios, onde por vezes existe necessidade de doentes cumprirem medidas restritas de isolamento, contudo o espaço e o ambiente menos controlado que existe no SUG em detrimento dos serviços de internamento torna a tarefa complicada. A exemplo disso, foi a entrada de uma doente na sala de inalatórios por problemas do foro respiratório, mas com lesões exacerbadas e sintomatologia evidente de escabiose, que por ser uma patologia altamente contagiosa, foi efetuado a reestruturação da sala de inalatórios, adaptando o espaço para alocar um isolamento de contato aquela doente, salvaguardando os restantes doentes e os profissionais do serviço.

No estágio realizado na UCICOR, também foram cimentados conhecimentos nesta área, pois existe com alguma recorrência doentes provenientes de outras instituições, visto o CHS ser uma referência distrital a nível do tratamento coronário por angioplastia, o que faz com que segundo o exemplar normativo número 018/2014 da DGS (2014), os doentes provenientes de outras instituições de saúde em que estejam presentes por mais de 48 horas, sejam submetidos ao rastreio de prevenção e controlo de colonização e Infecção por MRSA. O referido rastreio consiste na colheita de um exsudado nasal do doente, e enquanto se aguardam os resultados, o referido doente permanece em isolamento de contato preventivo, com toda a sinalética devida e com os respetivos equipamentos de proteção individual antes da entrada na unidade do doente.

Durante os estágios do curso, foram vários os doentes que necessitaram de medidas de isolamento, onde o papel do enfermeiro especialista em EMCPSC, não se resumiu apenas no cumprimento destas medidas, mas também ao estabelecimento de circuitos e procedimentos na prevenção e controlo da infeção, mediante a via de transmissão, assim como a supervisão da equipa de limpeza e AO, na execução das tarefas delegadas na área da higiene e limpeza hospitalar no seu trabalho diário, assegurando que são cumpridas as medidas básicas de prevenção e controlo de infeção, assim como a limpeza e higiene das superfícies é realizada de forma correta no momento da alta dos doentes ou do levantamento das medidas de isolamento.

Também junto dos familiares dos doentes internados emergiu a necessidade de instrução, para o correto cumprimento das medidas e procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção instituídos, explicando as referidas medidas e procedimentos e qual o intuito dos mesmos, de forma a captar o entendimento e respetivo cumprimento por parte dos familiares.

No decorrer do estágio final foi realizado também um turno com o Grupo Coordenador Local de Controlo de Infeção e Prevenção de Resistências aos Antimicrobianos (GCLCIPRA) do CHS, que tem como objetivos a redução das taxas de IACS, promovendo boas práticas em controlo de infeção, assim como a diminuição da taxa de microrganismos resistentes aos antimicrobianos, promovendo a sua correta utilização (Centro Hospitalar de Setúbal, 2015). O turno realizado permitiu perceber a dinâmica e funcionamento do GCLCIPRA do CHS, que exerce as suas funções principalmente com recurso a bases de dados hospitalares, onde tem acesso a todos os doentes do CHS com medidas de isolamento instituídas, articulando-se com os respetivos serviços para salvaguardar o cumprimento dessas medidas.

O GCLCIPRA respeita também o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) emanado pela DGS em 2017, com vista à redução de infeções hospitalares e ao melhoramento do uso de antibióticos (Direção-Geral da Saúde, 2017b), onde o trabalho exercido é mais uma vez efetuado com recurso a bases de dados hospitalares, que indicam todos os antibióticos prescritos no CHS, sendo estas prescrições alvo de análise pelo GCLCIPRA e posteriormente debatidas com os prescritores em caso de não conformidade com a prescrição.

É de salientar que no decorrer do estágio na UCICOR, foi possível frequentar uma formação de duas horas com a temática “Práticas de prevenção e controlo de infeção” (Anexo VI), onde foi possível relembrar todos os aspetos promotores de boas práticas, no que diz respeito à prevenção e controlo de infeção em meio hospitalar.

Todas as intervenções planeadas no projeto de estágio (Apêndice A) foram executadas, e todas elas veicularam importantes contributos na aquisição da competência K3. Tendo em conta toda a fundamentação, considera-se que a competência supracitada foi adquirida com sucesso.

3.3 COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

A análise reflexiva correspondente à aquisição das competências de Mestre é baseada no Decreto-lei n.º 115/2013 de 7 de Agosto de 2013, que regula os graus académicos e diplomas do ensino superior, nomeadamente o mestrado em enfermagem e o pedido apresentado pelas escolas que compõe este curso de mestrado à Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (A3ES) para novo ciclo de estudos, nomeadamente os objetivos de aprendizagem que se referem aos conhecimentos, aptidões e competências a desenvolver pelos estudantes através desta especialização de natureza profissional que é o curso de Mestrado, pelo que se assumem sete competências de mestre (Universidade de Évora; Instituto Politécnico de Beja; Instituto Politécnico de Castelo Branco; Instituto Politécnico de Portalegre; Instituto Politécnico de Setúbal, 2015, p. 27):

- 1- Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de Enfermagem, numa área especializada;

- 2- Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de Enfermagem baseada na evidência;
- 3- Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
- 4- Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
- 5- Participa de forma proativa em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;
- 6- Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da Enfermagem em particular;
- 7- Evidencia competências comuns e específicas do Enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de Enfermagem, numa área especializada

A fundamentação aplicada na análise reflexiva das competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em EMCPSC fez várias referências ao processo conducente na aquisição de competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de Enfermagem, principalmente nas competências relativas ao domínio da gestão dos cuidados. Porém estas competências já estão presentes na vida profissional de um enfermeiro desde o início do seu percurso, pois o processo de enfermagem é realizado todos os dias de forma constante, estabelecendo diagnósticos e focos de enfermagem, com o planeamento e execução de intervenções, para posteriormente se tornar a avaliar todo o processo.

Contudo o curso de Mestrado veiculou importantes conhecimentos na área da EMCPSC, permitindo a aplicação do processo de enfermagem, com um carácter especializado e adequado a situações mais complexas, conforme requerem os doentes em estado crítico, pois esta tipologia de doentes, requer uma abordagem mais minuciosa onde pequenos desvios ou imperfeições, podem abarcar situações catastróficas para o doente, pelo que a rapidez de pensamento e julgamento clínico por

parte do enfermeiro especialista em EMCPSC tem que ser eficaz, avaliando todo o processo de forma constante, incorporando todos os aspetos relativos ao doente em todas as suas vertentes.

Durante os estágios foi aperfeiçoado todo o processo de enfermagem, concebendo planos de cuidados especializados, colocando os mesmos em prática, prestando cuidados especializados ao doente e efetuando a gestão apropriada desses próprios cuidados, pois para além do trabalho direto na conceção e prestação de cuidados especializados ao doente é sempre necessário o enfermeiro especialista fazer uso das suas competências enquanto gestor, gerindo não só o tempo da prestação de cuidados, mas todo o processo de cuidar desde a criação de condições de trabalho, criando ambientes favoráveis à prática clínica, conforme toda a fundamentação feita no domínio da gestão dos cuidados. Nesse sentido e conforme a fundamentação feita durante todo o capítulo, considera-se atingida esta competência de mestre.

Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de Enfermagem baseada na evidência

Ao longo de todo o curso de Mestrado, foi bastante evidente o contributo que a investigação dá à enfermagem, no que diz respeito à criação de boas práticas baseadas naqueles que são as evidências e conhecimentos mais recentes. Um bom exemplo disso mesmo é a área da transição de cuidados, em que a boa e correta comunicação entre profissionais, veicula importantes mais-valias na segurança do doente, o que é visível ao longo de todo o relatório com o PIS.

O PIS foi o maior contributo na aquisição desta competência de mestre, pois aliou o conhecimento científico recente com as mais recentes diretrizes nacionais e internacionais, permitindo incorporar a evidência gerada em torno da transição de cuidados, mais especificamente da metodologia ISBAR na prática de cuidados da equipa da UCICOR. A elaboração e concretização do PIS influenciaram positivamente as práticas exercidas na UCICOR, envolvendo os elementos da equipa na sua execução e a sua consequente disseminação na promoção de boas práticas de cuidados.

Tendo em conta todo o trajeto desenvolvido durante o PIS e também ao longo de todo o curso de mestrado, considera-se adquirida a esta competência de mestre.

Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais

Grande parte da fundamentação inerente a esta competência de mestre foi supracitada no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, pois a responsabilidade do enfermeiro especialista em EMCPSC é acrescida, pois deve estar preparado para lidar de perto com situações complexas e saber realizar a sua gestão de forma fundamentada e coerente, integrando para tal todos os conhecimentos que possui nos processos de tomada de decisão, tendo por base os princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão no desenvolvimento de soluções, o que vai ao encontro do Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de Agosto de 2013 quando afirma que um mestre deve incluir as suas “reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções” (Diário da República, 2013, p. 4761).

Nesse sentido todos os processos de tomada de decisão efetuados no decorrer dos estágios, foram sempre realizados à luz dos princípios éticos e deontológicos, tendo sempre em conta também os aspetos sociais inerentes à ação do enfermeiro especialista, realizando análises reflexivas das situações em questão, de forma a conduzir o processo de tomada de decisão. Por isso conclui-se que esta competência foi adquirida.

Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida

Todos os dias o enfermeiro na sua prática confronta-se com novas situações, às quais deve estar preparado para dar a melhor resposta, nesse sentido deve estar em constante atualização e acompanhar o processo evolutivo do conhecimento em saúde, de modo a prestar cuidados de excelência no seu dia-a-dia. Nesse sentido, a especialização e a frequência deste curso de mestrado não esgota as possibilidades de conhecimento, pelo que é necessário o enfermeiro estar capacitado para a busca constante de conhecimento, permitindo “uma aprendizagem ao longo da vida, de um

modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (Diário da República, 2013, p. 4761).

É nesta perspetiva que foi frequentado este curso de Mestrado e consequente especialização na área de EMCPSC, contudo durante todo o trajeto profissional já ultrapassado, foram frequentadas várias formações, quer em serviço ou em jornadas, congressos ou simpósios e ainda uma pós-graduação em enfermagem à pessoa em situação crítica, pelo que de agora em diante não será diferente, e a procura de conhecimento estará inerente ao fato de ser enfermeiro, de forma a desenvolver e adquirir competências que garantam um aperfeiçoamento da prática de cuidados. Assim e tendo em conta toda a fundamentação no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais considera-se adquirida esta competência de mestre.

Participa de forma proativa em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersetoriais

Durante os estágios deste curso de mestrado, várias foram as experiências ultrapassadas e com as quais houve a possibilidade de lidar, contudo essas experiências e possibilidades não surgem de forma inerente ao próprio curso, pois é necessário a existência de proatividade como elemento gerador de algumas possibilidades de aprendizagem. Nesse sentido, com a proatividade existente houve a possibilidade de participar em vários projetos durante os estágios, conforme explicitado no domínio da melhoria contínua da qualidade, sendo alguns de natureza da própria instituição onde decorria o estágio, e outros de carácter nacional conforme emanam as diretrizes normativas em vigor.

A participação em projetos de melhoria contínua da qualidade durante os estágios permitiram o contato com contextos multidisciplinares e intersetoriais de atuação, o que conferem aos respetivos projetos uma mais-valia significativa, pois veiculam contributos de todas as áreas, sempre no sentido da procura da melhoria dos cuidados prestados aos doentes. O próprio PIS evidencia a participação em projetos e em equipas de trabalho, pois o mesmo incorporou e modificou práticas existentes na equipa de enfermagem da UCICOR, no sentido da melhoria da segurança do doente. Assim, considera-se adquirida esta competência de mestre.

Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da Enfermagem em particular

A prática de enfermagem é algo indissociável de toda a atuação na área da saúde, pois emerge sempre a necessidade de articulação com outras áreas profissionais do campo da saúde, assim como frequentemente surgem novos elementos para a própria equipa de enfermagem, nesse sentido o enfermeiro especialista assume um papel de extrema importância, pois sendo um elemento diferenciado dentro da equipa de enfermagem, deve articular-se de forma constante com a equipa multidisciplinar, integrando todos os seus conhecimentos em prol do desenvolvimento de políticas de saúde que melhorem os cuidados prestados, assim como deve ser uma referência para os seus pares, prestando assessoria aos mesmos e guiando o seu processo formativo para a mais recente evidência científica proveniente da investigação.

Todo o PIS está associado a esta competência de mestre, pois o mesmo levou inicialmente a uma análise diagnóstica, um planeamento, uma intervenção e uma avaliação. Durante o mesmo foi efetuada formação aos pares e incorporado os mesmos no PIS, que se encontrava fundamentado com o mais recente conhecimento científico na área da transição dos cuidados. As conclusões do PIS foram também expostas neste relatório e através de um artigo científico (Apêndice N), conforme indica o Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de Agosto de 2013, quando afirma que um mestre deve ser capaz de “comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes” (Diário da República, 2013, p. 4761), pelo se considera adquirida esta competência.

Evidencia competências comuns e específicas do Enfermeiro especialista, na sua área de especialidade

Para adquirir esta competência de mestre destaca-se todo o curso de Mestrado, desde a componente teórica aos estágios efetuados, que permitiram a aquisição de todas as competências comuns e específicas, ficando isso evidenciado no estágio final onde eram evidentes os níveis mais elevados de julgamento clínico para lidar com as

situações complexas encontradas, colocando em prática todas as competências adquiridas.

Tendo em conta toda a fundamentação exercida durante este 3º capítulo, acerca do processo conducente à aquisição das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMCPSC, assim como as competências de mestre em enfermagem, considera-se que todas as competências foram adquiridas, pelo que por inerência esta competência de mestre foi atingida.

CONCLUSÃO

A conclusão deste relatório de estágio traz consigo o finalizar de uma etapa profissional, com a finalização do ciclo de estudos referente ao curso de Mestrado. Ao longo do presente relatório de estágio, tentou-se abordar todos os aspetos decorrentes da aprendizagem ao longo dos estágios realizados, mas também de toda a jornada deste curso de Mestrado.

Nesse sentido, optou-se por realizar uma caracterização dos contextos em que decorreram os estágios, de modo a enquadrar os momentos de aprendizagem ocorridos e os respetivos moldes em que os mesmos foram gerados.

Em seguida foi enquadrada a temática do PIS e justificada a temática com uma revisão integrativa, que demonstrou que a metodologia ISBAR utilizada nos momentos de transição de cuidados do doente crítico permite uma passagem de informação de forma sequencial, lógica e organizada, o que veicula melhorias na promoção da segurança do doente (Nagammal, Nashwan, Nair, & Susmitha, 2016). Posto isto, foram descritas detalhadamente as etapas de todo o processo de planeamento e materialização do PIS, onde foi possível constatar na prática a importância da comunicação eficaz entre os enfermeiros, não apenas pela questão de segurança para o doente, mas também por serem um elemento chave na promoção da continuidade de cuidados de enfermagem, por isso exige um aperfeiçoamento constante da equipa de enfermagem nas questões comunicacionais, pois elas representam a base do cuidado em enfermagem (Brás & Ferreira, 2016).

De forma a valorizar os cuidados de enfermagem, assim como torna-los mais seguros, torna-se imprescindível valorizar a riqueza das informações que são transmitidas, documentando toda a intervenção de enfermagem nos contextos de prática (Brás & Ferreira, 2016).

Nas questões comunicacionais como em outras vertentes, o enfermeiro especialista desempenha um papel de maior relevância na equipa, pois enquanto elemento diferenciado na equipa de cuidados, tem o dever de dinamizar o desenvolvimento e suporte no que às estratégias comunicacionais se trata, gerando na equipa a capacidade de reflexão acerca da temática, fazendo emergir as consequências que uma má comunicação pode veicular, assim como deve ter um papel ativo no

desenvolvimento de instrumentos e projetos institucionais, que visem a procura de práticas mais sustentadas e seguras (Santos & Ferrão, 2015).

Nestes moldes o enfermeiro especialista em EMCPSC, pode assumir um papel preponderante, visto que o doente crítico é aquele que mais sofre nos processos de transição de cuidados, pois é aquele que passa por mais momentos de transição dada a sua situação clínica, sendo o enfermeiro especialista em EMCPSC no seio das equipas, quem pode ajudar na aquisição de competências comunicacionais, assim como tem o dever de ter uma voz ativa, na implementação de instrumentos e ferramentas padronizados, como é o exemplo da metodologia ISBAR já explicitada pela DGS.

No último capítulo foi realizada uma análise reflexiva de todo o processo que levou à aquisição das competências comuns ao enfermeiro especialista, específicas ao especialista em EMCPSC e às competências de Mestre em Enfermagem. Esta análise e reflexão são bastante importantes, pois sem a noção prática das atividades desenvolvidas neste longo percurso, não seria possível evoluir enquanto profissional e pessoa. Nesse sentido foi dado ênfase a todas as atividades realizadas, sobretudo durante os estágios, mas também durante a parte teórica do curso de Mestrado, pois todos os momentos veicularam importantes contributos na aquisição das referidas competências, destacando-se mais uma vez o PIS que abarcou um grande investimento, e daí um enorme contributo em todas as vertentes, pois por ser uma intervenção major, permitiu a congregação de várias aprendizagens importantes no referido processo de aquisição de competências.

Neste prisma, consideram-se atingidos os objetivos traçados na introdução do presente relatório de estágio, assim como os objetivos delineados no projeto de estágio, a quando do início do estágio Final, pois consideram-se adquiridas as competências que conferem o título de enfermeiro especialista em EMCPSC, assim como as competências inerentes à atribuição do grau de Mestre em Enfermagem.

Por não ter sido um caminho fácil a percorrer, existe também uma dificuldade que deve ser salientada, a mesma deparou-se com a execução do PIS, pois modificar a forma de transição de cuidados da UCICOR, constituiu um grande desafio, pois não é fácil a tarefa de alterar hábitos já enraizados, principalmente em locais que não são o nosso local primário de trabalho, contudo a ajuda da enfermeira Orientadora do estágio foi fundamental, assim como a boa integração no referido serviço, permitiu envolver a equipa de enfermagem da UCICOR em torno da temática do PIS, o que aumentou os

índices motivacionais da equipa para a realização duma prática mais organizada e segura para os doentes críticos internados, nos momentos de transição de cuidados.

Em suma, este longo caminho percorrido não termina no culminar deste curso de Mestrado, pois a busca constante pela excelência dos cuidados de enfermagem é um processo contínuo, e é um dever ético de todos os enfermeiros, mas em particular dos enfermeiros especialistas, pois com estas competências adquiridas e aplicadas na prática, os enfermeiros especialistas tornam-se elementos preponderantes nas suas equipas, sendo fundamentais para a melhoria dos cuidados de enfermagem, servindo de referência não só aos seus pares, mas também aos doentes que necessitam de cuidados de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barbier, J. (1993). *Elaboração de Projectos de Acção e Planificação*. Porto: Porto Editora.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.

Birmingham, P., Buffum, M., Blegen, M., & Lyndon, A. (2015). Handoffs and Patient Safety: Grasping the Story and Painting a Full Picture. *West Journal of Nursing Research*, pp. 1458-1478.

Brás, C., & Ferreira, M. (2016). Comunicação Clínica (handover) e Segurança dos Cuidados de Enfermagem: revisão da literatura. *Millenium*, pp. 117-124.

Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE. (2017a). *História*. Obtido em 10 de Outubro de 2018, de Web Site do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE: <http://www.chbm.min-saude.pt/centro-hospitalar/historia>

Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE. (2017b). *Visão, missão e valores*. Obtido em 10 de Outubro de 2018, de Web site do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo: <http://www.chbm.min-saude.pt/centro-hospitalar-chbm/informacao-publica/visao-missao-e-valores?highlight=WyJtaXNzYW8iXQ==>

Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE. (2017c). *Urgência Geral*. Obtido em 10 de Outubro de 2018, de Web site do Centro Hospitalar Barreiro - Montijo, EPE: <http://www.chbm.min-saude.pt/servicos/servicos-clinicos/74-urgencia-geral>

Centro Hospitalar de Setúbal. (2010a). Regulamento da Unidade de Cuidados Intensivos Coronários. Setúbal.

Centro Hospitalar de Setúbal. (2010b). Guia de integração de novos enfermeiros no serviço de cardiologia. Setúbal.

Centro Hospitalar de Setúbal. (2015). Regulamento do Grupo Coordenador Local de Controlo de Infeção e Prevenção de Resistências aos Antimicrobianos - GCLCIPRA. Setúbal, Portugal.

Centro Hospitalar de Setúbal. (2016a). Regulamento do Grupo de Indicadores, Auditoria e Risco Clínicos -GIARC. Setúbal, Portugal.

Centro Hospitalar de Setúbal. (2016b). Regulamento da Comissão de Gestão do Risco. Setúbal.

Centro Hospitalar de Setúbal. (2016c). Regulamento da Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar do CHS. Setúbal.

Centro Hospitalar de Setúbal. (2018a). *Setúbal - Centro Hospitalar de Setúbal*. Obtido em 11 de Outubro de 2018, de Web site do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE: <http://www.chs.min-saude.pt/setubal/centro-hospitalar-de-setubal/>

Centro Hospitalar de Setúbal. (2018b). *Missão*. Obtido em 2011 de Outubro de 2018, de Web site do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE: <http://www.chs.min-saude.pt/missao/>

Colvin, M., Eisen, L., & Gong, M. (2016). Improving the Patient Handoff Process in the Intensive Care Unit - Keys to Reducing Errors and Improving Outcomes. *Semin Respir Crit Care Med*, pp. 96-106.

Cornell, P., Gervis, M., Yates, L., & Vardaman, J. (2013). Improving shift report focus and consistency with the situation, background, assessment, recommendation protocol. *Journal of Nursing Administration*, pp. 422 - 428.

Dale, B., & Bunney, H. (1999). *Total quality management blueprint*. Oxford: Blackwell.

Di Delupis, F., Mancini, N., di Nota, T., & Pisanelli, P. (2014). Pre-hospital/emergency department handover in Italy. *Internal and Emergency Medicine*, pp. 63 - 72.

Diário da República. (2011a). Diário da República, 2.^a série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011. *Regulamento n.º 122/2011 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa, Portugal: Diário da República.

Diário da República. (2011b). Diário da República, 2.^a série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011. *Regulamento n.º 124/2011 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa, Portugal: Diário da República.

Diário da República. (2013). Diário da República, 1.^a série — N.º 151 — 7 de agosto de 2013. *Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de Agosto*. Lisboa, Portugal: Diário da República.

Diário da República. (2015a). Diário da República, 2.^a série — N.º 28 — 10 de fevereiro de 2015. *Despacho n.º 1400-A/2015 - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.

Diário da República. (2015b). Diário da República, 1.^a série — N.º 181 — 16 de setembro de 2015. *Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro*. Lisboa, Portugal.

Diário da República. (2015c). Diário da República, 2.^a série — N.º 123 — 26 de junho de 2015. *Regulamento n.º 361/2015 - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa, Portugal: Diário da República.

Diário da República. (2018). Diário da República, 1.^a série — N.º 157 — 16 de agosto de 2018. *Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de Agosto*. Lisboa, Portugal.

Direção-Geral da Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde - Direcção de Serviços de Planeamento.

Direção-Geral da Saúde. (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.

-
- Direção-Geral da Saúde. (2010). Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI). *Circular Normativa Nº 15/DQS/DQCO*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final*. . Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2014). Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) nos hospitais e unidades de internamento de cuidados continuados integrados. *Norma nº 018/2014 de 09/12/2014*. Lisboa, Portugal.
- Direção-Geral da Saúde. (2017a). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. *Norma nº 001/2017 de 08/02/2017*. Lisboa, Portugal: Serviço Nacional de Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2017b). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA)* . Lisboa: Miniistério da Saúde.
- Effective Public Health Practice Project. (2009). *Quality Assessment tool for Quantitative Studies*. Obtido de Web site de Effective Public Health Practice Project: <http://www.ehphp.ca/tools.html>
- Fortin, M. (1999). *O processo da Investigação: da conceção à realização* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Graan, S., Botti, M., Wood, B., & Redley, B. (2015). Nursing handover from ICU to cardiac ward: Standardised tools to reduce safety risks. *Australian Critical Care*, pp. 165-171.
- Intrieri, A., Filho, H., Sabino, M., Ismail, M., Ramos, T., Invenção, A., & Antonio, E. (2017). O Enfermeiro no APH e o método START: Uma abordagem de autonomia e excelência. *Revista Unilus ensino e pesquisa*, pp. 112 - 128.

Joanna Briggs Institute. (2017a). *critical appraisal tools*. Obtido de Web site de Joanna Briggs Institute: <http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html>

Joanna Briggs Institute. (2017b). *The JBI Approach*. Obtido de Web site de Joanna Briggs Institute: <http://joannabriggs.org/jbi-approach.html#tabbed-nav=Levels-of-Evidence>

Kohn, L., Corrigan, J., & Donaldson, M. (2000). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, D.C.: Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine.

Kowitlawakul, Y., Leong, B., Lua, A., Aroos, R., Wong, 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*, pp. 99–104.

Lake, E. (2002). Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing & Health*, pp. 176 - 188.

Lane-Fall, M., Beidas, R., Pascual, J., Collard, M., Peifer, H., Chavez, T., . . . Barg, F. (2014). Handoffs and transitions in critical care (HATRICC): protocol for a mixed methods study of operating room to intensive care unit handoffs. *BMC Surgery*.

Lee, S., Phan, P., Dorman, T., Weaver, S., & Pronovost, P. (2016). Handoffs, safety culture, and practices: evidence from the hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Services Research*, pp. 16-25.

Martins, J. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar em Enfermagem*, pp. 62 - 66.

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory – Middle Range and Situations Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.

Melo, C. (2013). A importância do "handoff" na segurança do paciente. *Revista de enfermagem UFPE on line*.

- Muller, M., Jurgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W., & Stock, S. (2018). Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ Open*, pp. 1 - 10.
- Nagammal, S., Nashwan, A., Nair, S., & Susmitha, A. (2016). Nurses' perceptions regarding using the SBAR tool for handoff communication in a tertiary cancer center in Qatar. *Journal of Nursing Education and Practice*, pp. 103 - 110.
- Ordem dos enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual - Enunciados descritivos. Lisboa, Portugal: Ordem dos enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição. Lisboa.
- Rodríguez, G., Fernández, M., Vidal, F., Arias, M., Peña, M., Ayerdi, B., . . . Delgado, M. (2018). Handover in Intensive Care. *Medicina Intensiva*, pp. 168 - 179.
- Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de etapas. *Revista Percursos*, pp. 1-37.
- Sánchez-Palacios, M., Torrent, R., Santana-Cabrera, R., García, J., Campos, S., & Carrasco de Miguel, V. (2009). Plan de evacuacion de la unidad de cuidados intensivos: un nuevo indicador de calidad? *Medicina Intensiva*, pp. 198-202.
- Santos, A., & Ferrão, S. (2015). Comunicação Efetiva na Transferência da Pessoa em Situação Crítica - Revisão da Literatura. *Research Gate*.
- Santos, M., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T., & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, pp. 47 - 57.

Shahid, S., & Thomas, S. (2018). Situation, Background, Assessment, Recommendation (SBAR) Communication Tool for Handoff in Health Care – A Narrative Review. *Safety in Health*, pp. 1 - 9.

Spooner, A., Aitken, L., Corley, A., & Chaboyer, W. (2017). Developing a minimum dataset for nursing team leader handover in the intensive care unit: A focus group study. *Australian Critical Care*, pp. 47-52.

Spooner, A., Aitken, L., Corley, A., Fraser, J., & Chaboyer, W. (2016). Nursing team leader handover in the intensive care unit contains diverse and inconsistent content: An observational study. *International Journal of Nursing Studies*, pp. 165 - 172.

Staggers, N., & Blaz, J. (2012). Research on nursing handoffs for medical and surgical settings: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, pp. 247-262.

The Joint Commission; The Joint Commission International; Organização Mundial de Saúde. (2007). Communication During Patient Hand-Overs. *Patient Safety Solutions*, pp. 1 - 4.

Unidade de Planeamento / Núcleo de Planeamento de Emergência da ANPC & Escola Nacional de Bombeiros. (2008). Manual de apoio à elaboração e operacionalização de Planos de Emergência d Proteção Civil. *Cadernos Técnicos PROCIV 3*. Carnaxide, Portugal: Autoridade Nacional de Proteção Civil.

Universidade de Évora; Instituto Politécnico de Beja; Instituto Politécnico de Castelo Branco; Instituto Politécnico de Portalegre; Instituto Politécnico de Setúbal. (2015). *NCE/14/01772 — Apresentação do pedido corrigido - Novo ciclo de estudos*. Obtido em 29 de Janeiro de 2019, de <https://www.ess.ips.pt/files/Apresenta%C3%A7%C3%A3o%20do%20pedido%20corrigido%20-%20Novo%20ciclo%20de%20estudos.pdf>

APÊNDICES

APÊNDICE A - Projeto de Estágio

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



2º Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização Médico-Cirúrgica: A pessoa em situação crítica

2º Ano | 1º semestre

Departamento de Enfermagem

Unidade Curricular: Estágio Final



Projeto de Estágio

Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

Centro Hospitalar Setúbal

Docente orientador:

Professor Doutor Adriano Pedro

Discente:

Helder Saias nº: 170531062

Setúbal

Ano letivo 2018/2019

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



2º Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização Médico-Cirúrgica: A pessoa em situação crítica

2º Ano | 1º semestre

Departamento de Enfermagem

Unidade Curricular: Estágio Final

Projeto de Estágio

Unidade de Cuidados Intensivos

Centro Hospitalar de Setúbal

Docente orientador:

Professor Doutor Adriano Pedro

Discente:

Helder Saias nº: 170531062

Setúbal

Outubro 2018

“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.”

(Antoine de Saint-Exupéry, 1943)

LISTA DE SIGLAS

APA - American Psychological Association

CHS - Centro Hospitalar de Setúbal

EMC-PSC- Enfermagem Médico-cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica

IPS - Instituto Politécnico de Setúbal

OE - Ordem do Enfermeiros

PCR - Paragem Cardiorrespiratória

SAV - Suporte Avançado de Vida

UC - Unidade Curricular

UCICOR - Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

INDICE

INTRODUÇÃO.....	6
1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	9
1.1 Domínio da responsabilidade profissional e ética legal.....	9
1.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade.....	11
1.3 Domínio da gestão dos cuidados.....	13
1.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	14
2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM EMC-PSC.....	16
2.1 Competência K1- cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.....	17
2.2 Competência K2- dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas, da conceção à ação.....	19
2.3 Competência K3- Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infecção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.....	20
CONCLUSÃO.....	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	23

INTRODUÇÃO

O presente projeto insere-se no âmbito da Unidade Curricular (UC) referente ao Estágio Final, de índole académica, referente ao ano letivo 2018/2019, do 2º Curso de Mestrado em Associação em Enfermagem lecionado no Instituto Politécnico de Setúbal (IPS), que se irá realizar no Centro Hospitalar de Setúbal (CHS), na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCICOR), cujo Docente Orientador do Estágio é o Professor Doutor Adriano Pedro.

O Projeto consiste na realização de uma análise antecipada daquilo que será o estágio, permitindo refletir acerca da sequência de atividades a realizar, que suscetivelmente conduzirão à consecução dos objetivos traçados (Barbier, 1993). Nesse sentido, o objetivo deste projeto é definir os objetivos pessoais para o estágio, assim como traçar o plano para os atingir com as atividades a realizar em cada um dos objetivos.

Este estágio tem os seguintes objetivos de aprendizagem: Prestar cuidados à pessoa/família em situações crítica; Gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos em doentes em situação crítica; Fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar à pessoa situação crítica; Desenvolver a prática clínica à pessoa/família em situação crítica; Identificar os focos de instabilidade; Assistir a pessoa e família nas perturbações decorrentes da situação crítica; Gerir a comunicação interpessoal na relação terapêutica com a pessoa/família face à situação crítica; Gerir o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica.

Objetivos estes, que vão de encontro ao que é o perfil de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica (EMC-PSC). Sendo as competências comuns inerentes a todos os especialistas, às quais estão divididas em 4 grandes domínios, Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; Domínio da Melhoria da Qualidade; Domínio da gestão dos cuidados e Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Diário da República, 2011a). As competências comuns aos enfermeiros especialistas são “as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Diário da República, 2011a, p. 8649). Neste sentido durante

o decorrer do estágio o aluno deve desenvolver e adquirir as competências comuns relativas aos quatro domínios supracitados, pois o enfermeiro especialista deve possuir um conhecimento aprofundado no domínio específico da enfermagem, tendo sempre por base, aquilo que são os processos de vivência humana e as suas respostas face aos problemas de saúde, demonstrando elevado raciocínio clínico e pensamento crítico no seu campo de atuação (Diário da República, 2011a).

Para além das competências comuns ao enfermeiro especialista, o especialista em enfermagem médico-cirúrgica: pessoa em situação crítica, deve também abarcar as competências específicas ao mesmo, sendo que durante o estágio será outra área de atuação o desenvolvimento de conhecimentos ao nível das competências específicas. Sendo que as competências específicas são “as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Diário da República, 2011a, p. 8649). Nesse sentido existem 3 competências específicas inerentes ao Enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: pessoa em situação crítica, sendo que a primeira (K1) diz respeito ao cuidado à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, em que o enfermeiro especialista, com uma abordagem holística mobiliza todos os seus conhecimentos e habilidade de forma a responder em tempo útil a essas necessidades (Diário da República, 2011b).

A segunda competência específica (K2) diz respeito à dinamização da resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação, sendo que é responsabilidade do enfermeiro especialista a intervenção na conceção dos planos institucionais, assim como deve assumir a liderança, gerindo equipas de forma a dar uma resposta eficaz às situações (Diário da República, 2011b).

A terceira e última competência específica (K3), está intimamente relacionada ao controlo de infeção, em que o enfermeiro especialista deve ser dinamizador da intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Diário da República, 2011b). Esta competência ganha a sua pertinência devido aos múltiplos contextos de atuação do campo da enfermagem, assim como o recurso constante a medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica e também às medidas de monitorização e vigilância da pessoa em situação crítica (Diário da República, 2011b).

Este projeto foi proposto no âmbito do Estágio Final, de forma a traçar uma linha orientadora no que serão os objetivos para o referido estágio. Nesse sentido os objetivos traçados em consonância com as aquilo que são as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSC, serão espelhados ao longo do projeto, assim como as intervenções propostas a realizar para o atingimento dos referidos objetivos. Estruturalmente o projeto de Estágio encontra-se dividido em duas partes, a primeira relativa aos quatro domínios de competências comuns do enfermeiro especialista, e a segunda relativa às competências específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSC, em cada uma das partes são indicados os seus objetivos e as respetivas atividades a realizar para o seu atingimento.

O presente projeto segue as diretrizes da Norma de Referência Bibliográfica da American Psychological Association (APA) e encontra-se redigido de acordo com o novo acordo ortográfico português.

1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O enfermeiro especialista é aquele que monopoliza elevado conhecimento no domínio da enfermagem, demonstrando um elevado nível de tomada de decisão e julgamento clínico, relativos a um conjunto de competências especializadas sobre um determinado campo de intervenção (Diário da República, 2011a).

Segundo a Ordem do Enfermeiros (OE) (2011), as competências comuns ao enfermeiro especialista são aquelas que independentemente da área de especialização, são comuns a todos os enfermeiros especialistas, são demonstradas no âmbito da sua especialidade mas comuns na superior capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados (Diário da República, 2011a).

Nesse sentido as competências comuns ao enfermeiro especialista conjugam-se em quadro domínios de ação, sendo eles o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Pelo que os objetivos nesta área são:

- Adquirir competências especializadas nos quatro domínios de competências comuns ao enfermeiro especialista;
- Desenvolver conhecimentos nos quatro domínios das competências comuns ao enfermeiro especialista.

1.1 DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL E ÉTICA LEGAL

Relativamente ao domínio da responsabilidade profissional e ética legal, este subdivide-se em duas competências, a A1 que é desenvolver uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção, e a A2 que diz respeito ao promover práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Diário da República, 2011a).

Cada uma destas competências subdivide-se em unidades de competência. A competência A1 tem como unidades de competência: Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada; Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas; Lidera de forma efetiva os processos de

tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade; Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão (Diário da República, 2011a). Esta competência encontra-se descrita como a demonstração de “um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica” e assenta “num corpo de conhecimento no domínio ético -deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente” (Diário da República, 2011a, p. 8649).

No que respeita à competência A2 esta tem como unidades de competência: Promove a proteção dos direitos humanos; Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente (Diário da República, 2011a). O descritivo desta competência é “demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta em situação específica de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os clientes” (Diário da República, 2011a, p. 8650).

Com base no descritivo e nas unidades de competência das competências A1 e A2 são propostas as seguintes intervenções a realizar no decorrer do estágio:

- Pesquisa bibliográfica sobre a temática;
- Prestação de cuidados de acordo com o código Deontológico;
- Articulação entre a prática clínica e os conhecimentos teóricos abordados na componente teórica do Mestrado;
- Leitura dos protocolos e normas de procedimento utilizadas na UCICOR;
- Validação da existência e validade de consentimento informado ao doente ou procurador de cuidados de saúde, assim como a respetiva Diretiva Antecipada de Vontade;
- Respeito pela vontade do doente e família, assim como os seus aspetos culturais;
- Garantia da privacidade do doente;
- Comunicação com o doente e família acerca do seu estado de saúde;
- Participação nos processos de tomada de decisão no seio da equipa, tendo por base os princípios ético-legais;
- Incorporação do doente e família nos processos de tomada de decisão;
- Colaboração nos processos de tomada de decisão, com a equipa multidisciplinar;
- Fundamentação dos processos de tomada de decisão, com base em princípios, valores e normas deontológicas;

- Estabelecimento de uma relação de parceria com o doente e família nos processos de tomada de decisão;
- Desenvolvimento de capacidade de liderança e gestão nos processos de tomada de decisão;
- Debate com a enfermeira orientadora e restante equipa, de forma a fundamentar as decisões éticas tomadas;
- Reflexão crítica acerca da prestação dos cuidados e das decisões éticas envolvidas.

1.2 DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

Relativamente ao domínio da melhoria contínua da qualidade, este subdivide-se em três competências, a B1 que é desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; a B2 que diz respeito ao conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade; e a B3 que trata de criar e manter um ambiente terapêutico e seguro (Diário da República, 2011a).

Cada uma destas competências subdivide-se em unidades de competência. A competência B1 tem como unidades de competência: inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade; Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática (Diário da República, 2011a). Esta competência encontra-se descrita como a colaboração “na conceção e concretização de projetos institucionais na área da qualidade e efetua a disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional.” (Diário da República, 2011a, p. 8650).

No que respeita à competência B2 esta tem como unidades de competência: Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado; Planeia programas de melhoria contínua (Diário da República, 2011). O descritivo desta competência é “reconhecendo que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, avalia a qualidade, e, partindo dos resultados, implementa programas de melhoria contínua.” (Diário da República, 2011a, p. 8651).

Por fim a competência B3 engloba as seguintes unidades de competência: Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção

dos indivíduos/grupo; Gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais (Diário da República, 2011a). A descrição desta competência é “*considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco*” (Diário da República, 2011a, p. 8651).

Com base no descritivo e nas unidades de competência das competências B1, B2 e B3 são propostas as seguintes intervenções a realizar no decorrer do estágio:

- Pesquisa bibliográfica sobre a temática;
- Articulação entre a prática clínica e os conhecimentos teóricos abordados na componente teórica do Mestrado;
- Leitura dos protocolos e normas de procedimento utilizadas na UCICOR;
- Cumprimento dos protocolos e normas de procedimento utilizadas na UCICOR;
- Conhecimento das normas e diretrizes nacionais referentes aos cuidados de saúde;
- Gestão da prestação de cuidados ao doente;
- Colaboração com a chefia de equipa e com a enfermeira chefe na gestão de serviço;
- Participação nos projetos de melhoria contínua existentes na UCICOR;
- Observação da atuação da equipa na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica;
- Realização de planos de cuidados direcionados ao doente;
- Execução dos planos de cuidados estabelecidos ao doente;
- Avaliação contínua dos planos de cuidados aplicados ao doente;
- Prestação de cuidados com base nos indicadores de qualidade aplicados na UCICOR;
- Participação no estabelecimento de indicadores de qualidade, assim como a sua avaliação;
- Identificação de possíveis áreas de melhoria na prestação de cuidados;
- Promoção dos processos de transição de cuidados, tendo por base a norma da DGS acerca da Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde;
- Elaboração de um instrumento padronizado para a transição de cuidados ao doente crítico na UCICOR, com base na mnemónica ISBAR;
- Formação à equipa de enfermagem da UCICOR, acerca da transição de cuidados, qual a sua importância na segurança do doente e a mnemónica ISBAR;
- Implementação da mnemónica ISBAR nos momentos da passagem de turno na UCICOR;

-
- Discussão com a enfermeira orientadora e restante equipa acerca dos aspetos de necessidade de melhoria;
 - Incorporação do doente e família nos processos de cuidados ao doente;
 - Avaliação das necessidades do doente e sua família;
 - Estabelecimento de uma relação de confiança com o doente e sua família;
 - Execução de uma correta gestão do risco, de forma a prevenir complicações e eventos adversos;
 - Identificação de situações de risco potencial para o doente;
 - Incentivo à equipa de enfermagem para a importância de reportar incidentes críticos ao gabinete de gestão do risco;
 - Realização de 1 turno no gabinete de gestão do risco clínico;
 - Realização de 1 turno no gabinete de gestão do risco geral;
 - Reflexão acerca das dotações existentes na UCICOR;
 - Conhecimento dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem estabelecidos pela OE e do Plano Nacional de Saúde;
 - Reflexão crítica acerca do trabalho realizado, tendo por base a promoção de um ambiente seguro para a prestação de cuidados.

1.3 DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

Relativamente ao domínio da gestão dos cuidados, este subdivide-se em duas competências, a C1 que é gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; a C2 que diz respeito ao adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados. (Diário da República, 2011a).

Cada uma destas competências subdivide-se em unidades de competência. A competência C1 tem como unidades de competência: Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão; Orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade (Diário da República, 2011a). Esta competência encontra-se descrita como a realização da “gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas” (Diário da República, 2011a, p. 8652).

No que respeita à competência C2 esta tem como unidades de competência: Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados; Adapta o estilo de liderança e adequa -o ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos (Diário da República, 2011a). O descritivo desta competência é “na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança situacional mais adequado à promoção da qualidade dos cuidados” (Diário da República, 2011a, p. 8652).

Com base no descritivo e nas unidades de competência das competências C1 e C2 são propostas as seguintes intervenções a realizar no decorrer do estágio:

- Pesquisa bibliográfica sobre a temática;
- Articulação entre a prática clínica e os conhecimentos teóricos abordados na componente teórica do Mestrado;
- Conhecimento da UCICOR e restantes serviços que se articulam e compõe o serviço de Cardiologia;
- Integração na equipa multidisciplinar da UCICOR;
- Realização de 4 turnos no serviço de hemodinâmica;
- Realização de 2 turnos na unidade de eletrofisiologia;
- Perceção do funcionamento, organização e metodologia de trabalho da equipa de enfermagem da UCICOR;
- Caracterização da equipa de enfermagem e restantes recursos humanos da UCICOR;
- Gestão da prestação de cuidados ao doente;
- Colaboração com a chefia de equipa e com a enfermeira chefe na gestão de serviço;
- Compreensão da importância do enfermeiro especialista na coordenação da equipa de enfermagem da UCICOR;
- Discussão com a enfermeira orientadora e com enfermeira chefe, acerca das tarefas de gestão e recursos existentes;
- Participação nos processos de tomada de decisão;
- Supervisão das tarefas delegadas a outros profissionais de saúde;
- Adequação dos recursos existentes às necessidades do serviço;
- Estabelecimento de prioridades na prestação de cuidados ao doente;
- Promoção do trabalho de equipa na UCICOR;
- Criação de uma boa relação de trabalho com os restantes elementos da equipa multidisciplinar;

- Reflexão crítica acerca dos processos de gestão de recursos humanos e materiais da UCICOR;

1.4 DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

Relativamente ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, este subdivide-se em duas competências, a D1 que é Desenvolver o auto - conhecimento e a assertividade; e a D2 que diz respeito ao basear a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (Diário da República, 2011a).

Cada uma destas competências subdivide-se em unidades de competência. A competência D1 tem como unidades de competência: Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro; Gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional (Diário da República, 2011a). Esta competência encontra-se descrita como a demonstração “em situação, a capacidade de auto -conhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo -se que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais”, relevando “a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional” (Diário da República, 2011a, p. 8652).

No que respeita à competência D2 esta tem como unidades de competência: Responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade; Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade; Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho. (Diário da República, 2011a). O descritivo desta competência é “assenta os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto sociopolítico) válidos, atuais e pertinentes, assumindo -se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (Diário da República, 2011a, p. 8653).

Com base no descritivo e nas unidades de competência das competências D1 e D2 são propostas as seguintes intervenções a realizar no decorrer do estágio:

-
- Execução de pesquisa bibliográfica com recurso à última evidência científica, acerca das temáticas abordadas ao longo do estágio;
 - Articulação entre a prática clínica e os conhecimentos teóricos abordados na componente teórica do Mestrado;
 - Identificação de áreas menos desenvolvidas durante prática clínica;
 - Pesquisa bibliográfica sobre as temáticas menos desenvolvidas, presentes no contexto da prática clínica;
 - Relacionamento dos Modelos e Teorias de Enfermagem relacionadas com EMC-PSC, com o contexto de prática clínica desempenhada na UCICOR;
 - Fundamentação da prestação de cuidados na evidência científica;
 - Promoção da mudança de comportamentos no contexto de prática clínica, baseada na evidência científica mais recente;
 - Discussão com a enfermeira orientadora acerca das temáticas de maior relevo na UCICOR, assim como os objetivos de aprendizagem propostos;
 - Participação nas situações de prática clínica de maior complexidade;
 - Partilha mútua de conhecimentos com a equipa multidisciplinar, acerca de experiências em contexto de prestação de cuidados;
 - Observação do papel desempenhado pelos enfermeiros especialistas em EMC-PSC na UCICOR;
 - Reflexão crítica acerca das experiências vividas durante o estágio, assim como as aprendizagens daí advindas;

2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM EMC-PSC

A pessoa em situação crítica sofre processos de saúde e doença complexos, aos quais a falência de uma ou mais funções vitais é eminente abarcando uma ameaça real à vida, necessitando dos mais diferenciados métodos de vigilância, monitorização e terapêutica (Diário da República, 2011b).

Nesse sentido os cuidados prestados a estes doentes exigem a sua execução de forma persecutória, sendo cuidados de elevada complexidade tendo sempre por base dar resposta às necessidades afetadas, mantendo o funcionamento vital básico,

por forma a prevenir a existência de complicações e limitações, garantindo assim a recuperação total do doente (Diário da República, 2011b).

Assim o enfermeiro especialista em EMC-PSC deve ter abarcadas competências que lhe reconhecem capacidade para prever e detetar situações de possível complicação, de forma a prestar uma ação eficaz na antecipação desses acontecimentos, assim como deve também estar preparado para dar resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima e intervir na prevenção e controlo de infeção na pessoa em situação crítica e ou em falência orgânica (Diário da República, 2011b).

Posto isto a OE (2011), definiu três competências específicas do enfermeiro especialista em EMC – PSC, sendo elas: K1- Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; K2- Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação; K3-Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Diário da República, 2011b).

Nesse sentido, foram estabelecidos os seguintes objetivos:

- Adquirir as competências específicas ao enfermeiro especialista em EMC-PSC;
- Desenvolver conhecimentos na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica.

2.1 COMPETÊNCIA K1- CUIDAR DA PESSOA A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA

A competência K1 é descrita pela OE (2011), como “Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e ou falência orgânica e à sua família, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística” (Diário da República, 2011b, p. 8656).

Esta competência subdivide-se em seis unidades de competência, sendo elas: Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica; Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos; Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou

falência orgânica, otimizando as respostas; Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica; Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde; Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica (Diário da República, 2011b).

Tendo por base aquilo que é o descritivo da competência K1 e as suas respetivas unidades de competência são propostas as seguintes intervenções a realizar no decorrer do estágio:

- Pesquisa bibliográfica acerca das temáticas abordadas ao longo do estágio;
- Articulação entre a prática clínica e os conhecimentos teóricos abordados na componente teórica do Mestrado;
- Leitura dos protocolos terapêuticos instituídos na UCICOR;
- Gestão da administração de protocolos terapêuticos complexos em situações de urgência;
- Integração na dinâmica da UCICOR;
- Conhecimento dos recursos e materiais de uso clínico da UCICOR;
- Prestação de cuidados especializados ao doente em situação crítica;
- Receção de doentes provenientes da via verde coronária;
- Realização de 4 turnos no serviço de hemodinâmica;
- Realização de 2 turnos na unidade de eletrofisiologia;
- Prevenção e identificação de focos de instabilidade;
- Colaboração com a equipa multidisciplinar no plano terapêutico dos doentes;
- Execução de diagnósticos de enfermagem, dirigidos ao doente crítico;
- Planeamento, execução e avaliação dos planos de cuidados, de acordo com os diagnósticos de enfermagem estabelecidos;
- Recurso a uma relação terapêutica eficaz com o doente e a família;
- Priorização de cuidados em situações de urgência;
- Aplicação de conhecimentos de Suporte Avançado de Vida (SAV);
- Perceção das causas da Paragem Cardiorrespiratória (PCR);
- Aplicação de medidas preventivas da PCR;
- Observação do trabalho da equipa de reanimação em contexto de PCR;
- Compreensão do papel de cada enfermeiro na equipa de Reanimação;
- Participação em todas as vertentes da equipa de reanimação em contexto de PCR;

-
- Conhecimento da correta abordagem e permeabilização da via aérea do doente em PCR;
 - Conhecimento dos fármacos utilizados em contexto de reanimação;
 - Compreensão dos traçados cardíacos dos ritmos desfibrilháveis e não desfibrilháveis, assim como as arritmias peri-paragem;
 - Compreensão do correto manuseamento do desfibrilhador da UCICOR;
 - Observação do trabalho do *Team* líder no contexto de PCR;
 - Realização de 1 turno na Equipa de Emergência Médica Interna;
 - Intervenção atempada sobre as disritmias potenciadoras de PCR;
 - Prestação de cuidados pós-reanimação;
 - Conhecimento das escalas de avaliação da dor utilizadas na UCICOR;
 - Caracterização dos mecanismos de dor no doente crítico;
 - Instituição de medidas farmacológicas e não farmacológicas no controlo sintomático da dor;
 - Manutenção de um ambiente seguro e calmo ao doente;
 - Integração da família nos cuidados ao utente;
 - Estabelecimento de comunicação eficaz com a família do doente;
 - Prestação de apoio emocional e escuta ativa ao doente e família;
 - Discussão com a enfermeira orientadora acerca do desempenho demonstrado, assim como dos aspetos de melhoria;
 - Reflexão crítica acerca da prestação de cuidados;
 - Identificação de aspetos de melhoria constante;

2.2 COMPETÊNCIA K2- DINAMIZAR A RESPOSTA A SITUAÇÕES DE CATÁSTROFE OU EMERGÊNCIA MULTI-VÍTIMAS, DA CONCEÇÃO À ACÇÃO

A competência K2 é descrita pela OE (2011), como “intervém na conceção dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe e multi – vítima” (...) “ante a complexidade decorrente da existência de múltiplas vítimas em simultâneo em situação crítica e ou risco de falência orgânica, gere equipas, de forma sistematizada, no sentido da eficácia e eficiência da resposta pronta” (Diário da República, 2011, p. 8657).

Esta competência subdivide-se em três unidades de competência, sendo elas: Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência; Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi -vítima ou catástrofe; Gere os cuidados em situações de Emergência e ou Catástrofe (Diário da República, 2011b).

Tendo por base aquilo que é o descritivo da competência K2 e as suas respetivas unidades de competência são propostas as seguintes intervenções a realizar no decorrer do estágio:

- Pesquisa bibliográfica sobre a temática, nomeadamente planos de emergência, triagem de Manchester e atuação em situações de exceção ou catástrofe;
- Articulação entre a prática clínica e os conhecimentos teóricos abordados na componente teórica do Mestrado;
- Conhecimento do plano nacional de emergência;
- Conhecimento do plano de emergência hospitalar;
- Conhecimento do plano de emergência e evacuação do serviço;
- Debate com o enfermeiro responsável, pela elaboração e implementação do plano de emergência e evacuação do serviço;
- Gestão e priorização de cuidados em momentos de múltiplos focos de instabilidade em vários doentes;
- Participação em formação ou jornadas sobre situações de exceção ou catástrofe;
- Realização do curso de Suporte Avançado de Vida em Trauma, incorporado na UC de Enfermagem Médico-cirúrgica 4;
- Discussão com a enfermeira orientadora acerca do desempenho demonstrado, assim como dos aspetos de melhoria;
- Reflexão crítica acerca da prestação de cuidados;
- Identificação de aspetos de melhoria constante;

2.3 COMPETÊNCIA K3- MAXIMIZAR A INTERVENÇÃO NA PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO PERANTE A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA

A competência K3 é descrita pela OE (2011), como “Considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção e controlo de infeção” (Diário da República, 2011, p. 8657).

Esta competência subdivide-se em duas unidades de competência, sendo elas: Concebe um plano de prevenção e controlo da infeção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica; Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica (Diário da República, 2011).

Tendo por base aquilo que é o descritivo da competência K3 e as suas respetivas unidades de competência são propostas as seguintes intervenções a realizar no decorrer do estágio:

- Pesquisa bibliográfica sobre a temática;
- Articulação entre a prática clínica e os conhecimentos teóricos abordados na componente teórica do Mestrado;
- Realização de 1 turno no Gabinete de Controlo de Infeção Hospitalar;
- Conhecimento do Programa de Prevenção Controlo da Infeção e Resistência aos Antimicrobianos;
- Conhecimento dos protocolos de controlo de infeção hospitalar do CHS;
- Perceção das vias de transmissão de infeção existentes, assim como os tipos de medidas preventivas e de isolamento;
- Supervisão dos cuidados prestados pela equipa multidisciplinar aos doentes em isolamento;
- Promoção de medidas preventivas e de controlo de infeção;
- Incentivo ao cumprimento das medidas de isolamento;

- Prestação de cuidados ao doente crítico, adotando medidas preventivas de controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS);
- Implementação de estratégias de atuação na prevenção e controlo da infeção;
- Diminuição das portas de entrada de infeção ao doente crítico;
- Discussão com a enfermeira orientadora acerca da temática;
- Reflexão crítica acerca da prestação de cuidados;
- Identificação de aspetos de melhoria constante;

CONCLUSÃO

No final da redação desde Projeto de Estágio, considero que o objetivo primordial do mesmo foi atingido, visto que foram traçados objetivos específicos para o estágio, que vão de encontro aos respetivos objetivos de aprendizagem do estágio, tendo em conta a realidade do local onde o estágio vai decorrer. Para além dos objetivos traçados, foram também propostas atividades plausíveis a realizar para a consecução dos mesmos, que servirão como um guia orientador, contemplando o planeamento necessário para a concretização dos objetivos propostos.

Este Projeto permite assim, um olhar mais diferenciado, acerca do estágio, permitindo saber mais concretamente os aspetos importantes a ter em conta durante o estágio, assim como perceber onde direccionar o foco de atuação durante o trabalho realizado na UCICOR do CHS.

O Estágio a realizar na UCICOR do CHS, trará uma componente importante no processo de aprendizagem e cimentação de conhecimentos especializados em EMC-PSC, assim como será um enorme contributo para a aquisição das competências inerentes ao enfermeiro especialista em EMC-PSC, pois para além do contato próximo com o doente crítico e toda a atuação de enfermagem nesse contexto, permite também o convívio com outros enfermeiros especializados na área, aos quais a partilha de conhecimentos e experiências será bastante benéfica no processo de aquisição de competências.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barbier, J. (1993). *Elaboração de Projectos de Acção e Planificação*. Porto: Porto Editora.

Diário da República. (18 de Fevereiro de 2011). Diário da República, 2.^a série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011. *Regulamento n.º 122/2011 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa, Portugal: Diário da República.

Diário da República. (18 de Fevereiro de 2011). Diário da República, 2.^a série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011. *Regulamento n.º 124/2011 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa, Portugal: Diário da República.

APÊNDICE B - Extração de Resultados da Revisão Integrativa

Identificação do estudo	Objetivo do estudo	Desenho do estudo	Participantes, tipo e número	Intervenções ou fenômenos de interesse	Resultados	Conclusões
Developing a minimum dataset for nursing team leader handover in the intensive care unit: A focus group study (2017)	Identificar os principais itens (ISBAR ou não-ISBAR) a serem incluídos em um instrumento de transição de cuidados para o chefe de equipa de enfermagem numa UCI.	Estudo Transversal	17 Enfermeiros que participam nos momentos de transição de cuidados de chefia de equipa na UCI.	A construção do instrumento de transição de cuidados foi feita através de duas fases. A primeira fase, os enfermeiros incluídos no estudo selecionavam entre os itens da mnemónica ISBAR e uma lista de itens que não são contemplados na mesma, os itens que deveriam estar presentes no instrumento final. A segunda fase, os enfermeiros indicavam outros itens que deveriam estar presentes no instrumento, que não eram referidos na 1ª fase. No final foi feita uma votação e encontrados os itens a incorporar num instrumento de transição de cuidados.	Todos os itens do ISBAR nos campos I-Identificação, S-Situação Atual, B-Histórico e R-Recomendação, foram selecionados como incluídos no instrumento de transição de cuidados, enquanto que no campo A-Avaliação alguns itens foram incluídos mas apenas se relevantes para o doente. Os itens que não pertencem à metodologia ISBAR foram menos selecionados, destacando-se neste campo os itens relacionados com os alertas do doente, assim como as atualizações adicionais, como o plano de fim de vida. Os itens sugeridos pelos enfermeiros apenas dois reuniram consenso de inclusão.	A UCI é um ambiente de alto risco que contém doentes críticos, que podem tornar-se instáveis rapidamente. É imperativo que as ferramentas de transição de cuidados sejam constantemente otimizadas e desenvolvidas para atender às necessidades do contexto clínico, como a UCI, para evitar informações incompletas, incoerentes ou imprecisas que possam comprometer a segurança do doente. Nesse sentido conclui-se que a metodologia ISBAR é um método que promove a segurança do doente, pois apesar de existirem itens

						<p>relevantes que não constam no ISBAR, vários dos seus itens foram vistos como relevantes, pelos enfermeiros que participaram no estudo.</p>
<p>Nursing handover from ICU to cardiac ward: Standardised tools to reduce safety risks (2015)</p>	<p>Adaptar e avaliar ferramentas baseadas em evidências para padronizar a transição de cuidados de enfermagem de doentes cirúrgicos cardíacos, da UCI para a enfermaria de cardiologia, de modo a reduzir os riscos de segurança para o doente.</p>	<p>Estudo Quase Experimental</p>	<p>Foram observados e gravados 40 momentos de transição de cuidados de enfermagem de uma UCI num Hospital Australiano e realizados grupos focais com 11 enfermeiros experientes da respetiva UCI ou enfermaria. Durante os 40 momentos de transição foram gravados momentos de transição de cuidados de 35 enfermeiros diferentes da UCI (18 na 1ª fase e 17 na 3ª fase).</p>	<p>O estudo foi realizado em 3 fases. Na 1ª fase, foi realizado um grupo de interesse com 6 enfermeiros participantes de forma a explorar os problemas existentes no momento de transição da UCI para a enfermaria. Nesta fase foram auditados e gravados 20 momentos de transição de cuidados de enfermagem. Na 2ª fase foram criadas adaptações dos instrumentos padronizados de transição de cuidados mediante os focos de interesse identificados na 1ª fase. Foi realizada formação aos enfermeiros e afixados cartazes com a síntese da informação e foram</p>	<p>Na 1ª fase foi observado nas auditorias e no grupo focal a existência de comportamentos reveladores de práticas com risco potencial para comprometer a segurança do doente. O conteúdo verbal dos momentos de transição de cuidados era desorganizado, incompleto e carecia de fundamentação. Os enfermeiros utilizavam por norma uma abordagem baseada nos sistemas corporais, mas nem todos os sistemas eram abordados de forma consistente. A continuidade de cuidados ficava limitada por informações dos</p>	<p>A padronização dos processos de transição de cuidados mostrou reduzir os riscos de segurança para o doente, assim como melhora a transferência de responsabilidade entre enfermeiros. Este estudo demonstrou que as ferramentas de processo e conteúdo, como a passagem de informação junto do doente e a preparação prévia do local que vai acolher o doente, combinadas com um instrumento padronizado adaptado ao contexto, que abarque a</p>

	<p>implementados os instrumentos padronizados de transição de cuidados, que abrangiam a metodologia ISOBAR na passagem verbal da informação. Na 3ª fase foram auditados e gravados mais 20 momentos de transição de cuidados, por forma a analisar o empreendimento da informação e o uso dos instrumentos padronizados. Foi realizado no final um grupo de interesse com 5 enfermeiros, para introduzir achados preliminares e verificar o desenho das ferramentas adotadas para padronizar a transferência.</p>	<p>planos de cuidados, onde em apenas 40% dos casos eram comunicados. Na 3ª fase, os enfermeiros participantes no grupo focal, relataram que o formato ISOBAR padronizado para a transição de cuidados era organizado, sistemático e abrangia todas as informações necessárias. Informações como identidade, antecedentes e alergias foram transmitidas. Ao invés da 1ª fase, o plano para a continuidade de cuidados era transmitido e justificado, assim como as necessidades específicas e contínuas dos doentes foram consistentemente comunicadas.</p>	<p>metodologia ISOBAR, melhoram os processos de transição de cuidados de enfermagem, diminuindo os riscos de segurança associados ao doente. As ferramentas utilizadas neste projeto aumentaram a consciencialização dos enfermeiros quanto aos riscos, proporcionando uma passagem de informação padronizada, organizada, sistemática e completa, evitando o risco de informação incompleta, que comprometa a segurança do doente. O instrumento padronizado com recurso à metodologia ISOBAR</p>
--	---	---	--

						<p>demonstrou-se útil tanto para reduzir os riscos de segurança associados à transferência do doente, como para reforçar a importância de um plano de cuidados que promova a continuidade de cuidados ao doente.</p>
<p>Handover in Intensive Care (2018)</p>	<p>O objetivo desta revisão é destacar a importância da transição de cuidados, e ao mesmo tempo fornecer uma estrutura metodológica que favoreça a transferência de informação efetiva na UCI, reduzindo o risco associado a esse processo.</p>	<p>Revisão Sistemática</p>	<p>Estudos recentes e literatura recente sobre a temática da transição de cuidados.</p>	<p>Análise de estudos recentes e literatura atual sobre a temática da transição de cuidados.</p>	<p>A transição de cuidados é um processo frequente e inevitável, sendo enraizado em hábitos e rotinas, e poucas vezes mediado por processos de treino específico, talvez por isso os erros de comunicação sejam uma importante fonte de incidentes e eventos adversos. O déficit comunicacional nos momentos de transição de cuidados tem sido associado a erros de tratamento, aumento dos dias de internamento do doente, e os custos daí advindos, pelo que se recomenda o</p>	<p>Os momentos de transição de cuidados entre profissionais de saúde é uma tarefa importante e complexa e quando realizada de forma incorreta, pode para além dos riscos de segurança inerentes, abarcar um déficit na qualidade dos cuidados prestados ao doente. Nesse sentido é desejável que se crie processos de comunicação estruturada e</p>

desenvolvimento de procedimentos que visem uma comunicação mais sustentada e estruturada entre profissionais. É aconselhável utilizar-se a abordagem narrativa nos momentos de transição de cuidados, de modo a ressaltar as singularidades de cada doente e para que em conjunto se possa definir uma estratégia de atuação, por forma a antecipar eventos adversos ao doente. O uso de mnemónicas padronizadas, mas adaptadas ao contexto facilitam a estruturação das informações e evitam a omissão de dados relevantes, pois este é um dos problemas mais frequentes nos momentos de transição de cuidados e que abarcam riscos de segurança para o doente. Uma das mnemónicas mais amplamente aceites e sistematizada para cada modalidade de transição de cuidados na UCI. A estruturação, por meio do uso de ferramentas mnemónicas, associado a uma abordagem narrativa, é útil e demonstra eficácia e enriquecimento nos processos de transição de cuidados com os efetivos ganhos na segurança do doente.

<p>Nursing team leader handover in the intensive care unit contains diverse and inconsistent content: An observational study (2016)</p>	<p>Determinar o conteúdo das informações transmitidas nos momentos de transição de cuidados entre as chefias de equipa de enfermagem de uma UCI, de turno para turno.</p>	<p>Estudo Observacional Prospetivo</p>	<p>Foram gravados 40 momentos de transição de cuidados numa UCI de um Hospital Australiano, onde participaram 40 enfermeiros com o papel de emissor da informação e 40 enfermeiros como recetor. Foram gravados os momentos de transição de cuidados de 277 doentes.</p>	<p>Foram gravados 40 momentos de transição de cuidados entre chefes de equipa de enfermagem de uma UCI, sendo aleatório o turno da gravação podendo o mesmo ser o momento de transição do turno do dia para a noite como da noite para o dia. Foi feita uma análise dedutiva e indutiva das gravações e foram categorizados os dados com recurso à mnemónica ISBAR, por forma a verificar quais os dados presentes que se incluíam dentro da ISBAR e quais os que não se encaixavam na mesma, assim como as informações ausentes dos momentos de transição de cuidados.</p>	<p>usadas é a SBAR, pelo que pode ser utilizada inicialmente e adaptada ao contexto.</p>	<p>Nas categorias de identificação, situação atual e antecedentes (ISB) da mnemónica ISBAR, os chefes de enfermagem referiam quase sempre nos momentos de transição de cuidados, obtendo percentagens de 99%, 96% e 88% respetivamente. No respeitante à Avaliação apenas 69% dos chefes de equipa referiram esta categoria, sendo a mesma dividida por sistemas corporais, mas uma grande quantidade de informação era discutida dentro de cada sistema do corpo com pouca consistência. A Recomendação foi a menos utilizada com uma percentagem de 60%. É de referir que em 51% dos casos, a informação transmitida</p> <p>Apesar de os chefes de equipa de enfermagem comunicarem quase sempre alguns aspetos da mnemónica ISBAR, as categorias de Avaliação e Recomendação não eram abordados de forma consistente, e a ausência deste conteúdo pode levar a erros que comprometem a segurança do doente. Por isso é importante que este tipo de informações seja sempre incluído nos momentos de transição de cuidados, de forma a que os doentes recebam os cuidados adequados. Nesse sentido o uso de um instrumento</p>
--	---	--	--	---	--	--

continha pelo menos um conceito dentro de cada categoria da ISBAR. Existiu muita informação tratada nos momentos de transição de cuidados que não se enquadra na mnemónica ISBAR, sendo a mesma de natureza muito variada e com pouca consistência, pelo que não foi categorizada.

padronizado como a mnemónica ISBAR nas UCI, pode ajudar os chefes de equipa de enfermagem na passagem de informações mais relevantes e críticas do doente. Este estudo revelou que muitos momentos de transição de cuidados dispõem de muitas informações que não são categorizadas na mnemónica ISBAR, o que sugere que os instrumentos padronizados apesar de seguirem uma metodologia, devem sempre ser flexíveis e adaptados a cada contexto.

<p>Nurses perceptions regarding using the SBAR tool for handoff communication in a tertiary cancer center in Qatar (2016)</p>	<p>Avaliar as percepções dos enfermeiros sobre a efetividade da mnemónica SBAR, como ferramenta utilizada nos momentos de transição de cuidados. Determinar a associação entre dados demográficos selecionados e as percepções dos enfermeiros sobre o uso da ferramenta de comunicação SBAR.</p>	<p>Estudo Transversal Descritivo</p>	<p>117 Enfermeiros que trabalham em unidades de internamento num centro oncológico no Qatar.</p>	<p>Foram recolhidos dados dos participantes através de uma ferramenta de avaliação dos momentos de transição de cuidados. Esta ferramenta tem 3 secções, uma relativa aos dados demográficos, outra relativa à avaliação da estrutura dos momentos de transição de cuidados e a última uma escala de avaliação dos momentos de transição de cuidados, que é uma medida de autorrelato, válida e confiável do processo de transmissão da informação. Posteriormente foram analisados os dados recolhidos para perceber as percepções dos participantes assim como a sua relação com os dados demográficos.</p>	<p>A maioria (87,3%) dos participantes tinha boas percepções da metodologia SBAR e nenhum evidenciou má percepção. Os níveis de percepção não diferiram entre os vários dados demográficos. A maioria (95,1%) dos enfermeiros concordou que a mnemónica SBAR segue uma sequência lógica e para além disso, 56,9% dos enfermeiros concordaram que houve uma redução nos erros de comunicação após o uso da metodologia SBAR, enquanto 91,2% dos enfermeiros demonstraram satisfação com o uso da metodologia SBAR. Mais de 88% dos enfermeiros participantes recomendaram a ferramenta SBAR para uso em outras unidades. Entre os participantes, 81,4% relataram que a qualidade da informação era boa, comunicação e</p>	<p>A comunicação eficaz tem sido reconhecida como um fator significativo na manutenção da segurança do doente, promovendo uma atitude profissional e facilitando a colaboração entre os profissionais de saúde. Com o estudo pode-se concluir que a técnica de comunicação segundo a metodologia SBAR proporciona uma sequência organizada, lógica e melhora a comunicação, provando garantir a segurança do doente. A ferramenta SBAR é considerada um método eficiente de transferência de informação, abrangendo uma diminuição nos erros de comunicação e</p>
--	---	--------------------------------------	--	---	--	---

					<p>quando usada a metodologia SBAR para a comunicação nos momentos de transição de cuidados.</p>	<p>trazendo uma maior satisfação e confiança aos enfermeiros, pois as informações estão expressas de forma concisa. As evidências deste estudo confirmam que a metodologia SBAR é uma intervenção simples e eficaz para melhorar a comunicação e a segurança do doente.</p>
<p>Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review (2018)</p>	<p>Resumir o impacto da implementação da metodologia SBAR na segurança do doente.</p>	<p>Revisão Sistemática</p>	<p>Uma grande variedade de profissionais de saúde, incluindo enfermeiros e médicos, relatados em 11 estudos científicos.</p>	<p>Realizada pesquisa nas bases de dados PUBMED, EMBASE, CINAHL, Cochrane e PsycINFO sobre artigos acerca da metodologia SBAR e todos os seus derivados que atendem à mesma metodologia, como é o caso da mnemónica. Todos os artigos deviam ser originais e deviam cumprir os seguintes critérios de elegibilidade: a metodologia SBAR foi</p>	<p>Foram avaliados 26 resultados de diferentes doentes no total dos 11 estudos analisados. Em 8 evidenciou-se uma melhoria significativa após a introdução da metodologia ISBAR nos momentos de transição de cuidados, nomeadamente na melhoria dos valores de INR, na melhoria da comunicação em transferências não programadas, assim como uma diminuição</p>	<p>Em suma, muitos autores afirmam que o recurso à metodologia SBAR, nos momentos de comunicação na área da saúde, melhora a segurança do doente. Existe alguma evidência de melhoria no desfecho do doente com o uso da metodologia SBAR e suas</p>

				<p>implementada na prática clínica, a investigação da metodologia SBAR foi o objetivo primário e pelo menos um desfecho do doente tenha sido relatado. Analisados os artigos incluídos no estudo e descritos os seus resultados e conclusões.</p>	<p>na no número de quedas, mortes inesperadas e internamentos em UCI. Para além destes, em 11 dos 26 resultados evidenciou-se melhoria, em 6 não houve evidência de alteração e apenas um estudo relatou uma redução descritiva na segurança do doente. O uso da metodologia SBAR para um enfermeiro informar o médico, da deterioração do estado de um doente, traz melhoria na diminuição do número de mortes inesperadas, no número de internamentos ou reinternamentos hospitalares.</p>	<p>derivações, contudo são necessários estudos futuros para demonstrar ainda mais o benefício do uso da metodologia SBAR em termos de segurança do doente e manter a consciencialização sobre os erros de comunicação. A metodologia SBAR pode ser uma ferramenta adaptativa que é adequada para muitos ambientes de saúde, em particular quando é necessária uma comunicação interpessoal clara e eficaz.</p>
<p>Pre hospital/emergency department handover in Italy (2014)</p>	<p>Medir a comunicação durante a transferência clínica do pré-hospitalar para o serviço de urgência num cenário realista com uma ferramenta de avaliação de comunicação baseada na metodologia ISBAR.</p>	<p>Estudo Observacional</p>	<p>Foram observadas 240 transferências de doentes críticos do pré-hospitalar para o serviço de urgência de um Hospital Italiano, nomeadamente entre os técnicos do pré-hospitalar e</p>	<p>Foi elaborada e testada em prática simulada uma ferramenta de avaliação da comunicação entre o pré-hospitalar e o serviço de urgência. Foi nomeado um enfermeiro como observador e foi treinado com a</p>	<p>Relativamente ao primeiro item da mnemónica ISBAR, a identificação ficou evidenciado que em mais de 97% dos casos ou o técnico do pré-hospitalar (socorrista, enfermeiro ou médico) ou o enfermeiro que recebe o doente no</p>	<p>Na Itália, não existe um procedimento de comunicação para os momentos de transição de cuidados entre o pré-hospitalar e os enfermeiros do serviço de urgência. O</p>

	<p>o enfermeiro que realiza a triagem.</p>	<p>ferramenta de avaliação. Foram analisados os fluxos de movimento dos doentes no serviço de urgência. O enfermeiro nomeado observou 240 transferências de doentes do pré-hospitalar para o serviço de urgência com base na metodologia ISBAR, repartindo estas observações pelos períodos de maior fluxo, fluxo moderado ou baixo fluxo.</p>	<p>serviço de urgência não se identificaram, já a identificação do doente esteve presente em apenas 36% dos casos. No segundo item do ISBAR, a situação atual, em 58% das vezes foi comunicado o motivo da chamada de urgência e o motivo do recurso ao serviço de urgência, contudo só em 26% dos casos foi evidenciada a evolução clínica do doente. No campo dos Antecedentes, observou-se que apenas em 23% das situações eram referidos os antecedentes pessoais em conjunto com a medicação domiciliária do doente. No penúltimo campo da metodologia ISBAR a avaliação é de destacar que apenas 1% dos casos se observou a comunicação das informações de maneira completa e sistemática, e só 35%</p>	<p>momento de transição de cuidados parece ser pobre e inadequado, onde muitas das vezes este processo era feito por base de um relatório clínico que era entregue pelo técnico de pré-hospitalar ao enfermeiro que realiza a triagem sem qualquer explicação oral, o que muitas vezes levava os enfermeiros da triagem a uma avaliação extra do doente nos casos em que a comunicação era fraca ou inexistente, por forma a reduzir os erros de avaliação, contudo esse procedimento pode levar à perda de informações importantes e vitais do doente. É importante a existência de ferramentas de</p>
--	--	--	---	---

				<p>das vezes foi comunicado as intervenções ocorridas no transporte. No último campo da metodologia ISBAR foi onde se verificou a maior negligência na comunicação, onde apenas 2,5% foram transmitidas as informações relativas ao campo das recomendações.</p>	<p>comunicação partilhada como o ISBAR, para melhorar a comunicação entre os vários profissionais de saúde, diminuindo a perda de informações e melhorando a segurança do doente.</p>	
<p>Situation, Background, Assessment, Recommendation (SBAR) Communication Tool for Handoff in Health Care – A Narrative Review (2018)</p>	<p>Rever os desafios da comunicação entre os prestadores de cuidados de saúde em ambiente clínico, para rever o uso da metodologia SBAR durante os momentos de transição de cuidados, e comparar a ferramenta SBAR com outras ferramentas de comunicação para avaliar a comunicação durante a transferência de cuidados do doente.</p>	<p>Revisão Narrativa</p>	<p>12 Estudos recentes e literatura recente sobre o uso da metodologia SBAR nos momentos de transição de cuidados.</p>	<p>Análise dos 12 estudos recentes de literatura atual sobre o uso da metodologia SBAR nos momentos de transição de cuidados.</p>	<p>Estudos que avaliaram a percepção dos médicos acerca dos enfermeiros após a implementação da metodologia comunicacional SBAR, revelou que dois terços dos médicos notou melhoria da comunicação dos enfermeiros, pois as informações foram transmitidas de forma adequada, o que permitiu tomar decisões clínicas imediatas. Estudos analisaram o efeito da metodologia SBAR na incidência de eventos críticos aos doentes em meio hospitalar,</p>	<p>A mnemónica SBAR fornece um formato estruturado para apresentar informações clínicas do doente com uma sequência lógica e sucinta. A ferramenta de comunicação SBAR suporta linguagem comum entre os membros da equipa multidisciplinar, promove a tomada de decisão compartilhada e a resolução de conflitos entre os membros da</p>

					<p>revelando que com o uso da mnemónica SBAR o número de mortes inesperadas diminui significativamente. Estudos sugerem que a educação dos enfermeiros sobre o uso da ferramenta SBAR para comunicar as informações críticas aos médicos melhoraria a consciencialização da situação e provavelmente melhoraria os resultados dos doentes. Estudos analisaram o uso da metodologia SBAR na transferência de doentes do bloco operatório para a UCI e com o uso da mnemónica SBAR houve uma redução de erros de omissão e menos inconsistências nas descrições dos doentes. Estudos avaliaram o uso da metodologia SBAR nos momentos de troca de turno e mostrou melhoria significativa</p>	<p>equipa, o que provavelmente melhorará a satisfação e os resultados do doente. O uso da ferramenta SBAR pode ajudar os enfermeiros a tomar decisões rápidas, assim como capacita os enfermeiros menos experientes na tomada de decisão clínica. A ferramenta de comunicação SBAR é uma ferramenta de comunicação estruturada que tem mostrado uma redução nos eventos adversos em ambiente hospitalar. Várias associações médicas e organizações líderes de saúde têm endossado a ferramenta de comunicação SBAR para os momentos de</p>
--	--	--	--	--	--	--

Transição Segura de Cuidados do Doente Crítico

Relatório de Estágio

					na remoção do cateter vesical, redução na taxa de readmissões e melhoria na satisfação do doente.	transição de cuidados entre os prestadores de cuidados de saúde.
--	--	--	--	--	---	--

Tabela III – Extração de resultados

APÊNDICE C - Análise S.W.O.T

Análise S.W.O.T.

	PONTOS FORTES	PONTOS FRACOS
INTERNOS (Serviço)	<ul style="list-style-type: none"> • Manifestação de interesse na mudança por parte equipa de enfermagem; • Temática sensível e pertinente no Serviço; • Problemática relacionada com a segurança do doente; • Ausência do recurso à metodologia ISBAR; • Melhoria da prestação de cuidados no que concerne à prevenção de eventos adversos, relacionados com a ineficácia dos momentos de transição de cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rotatividade elevada de doentes na UCICOR, associada a constante atualização do instrumento padronizado; • Inadaptação ao instrumento padronizado; • Hábitos de transmissão de informação já enraizados; • Risco de desmotivação da equipa.
EXTERNOS (Instituição Hospitalar e ambiente externo)	OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
	<ul style="list-style-type: none"> • Tema inserido no Plano Nacional de Segurança e de Saúde do Doente; • Tema inserido nos padrões de qualidade de enfermagem; • Temática inserida na política de enfermagem do Centro Hospitalar; • Problemática que influencia os restantes serviços de internamento; • Existência de norma da DGS; 	<ul style="list-style-type: none"> • Condições políticas atuais, que podem comprometer os recursos Humanos disponíveis e orçamentos;

APÊNDICE D - Cronograma de Atividades

Cronograma de Atividades

Mês	Diagnóstico da situação	Definição de objetivos e indicadores	Pesquisa bibliográfica	Fundamentação Teórica	Planeamento	Execução do planeamento	Divulgação da ação de formação	Sessão de Formação	Utilização do instrumento padronizado nas passagens de turno	Avaliação
Setembro 2018										
Outubro 2018										
Novembro 2018										
Dezembro 2018										
Janeiro/Fevereiro 2019										

APÊNDICE E - Pedido de Autorização ao Enfermeiro- Chefe para Realização de Projeto de Intervenção em Serviço

**PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO ENFERMEIRO-CHEFE
PARA REALIZAÇÃO DE PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO**

Título do Projeto: Transição Segura de Cuidados do Doente Crítico

Eu, abaixo-assinado, na qualidade de estudante da Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica (EMC) e Mestrado em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (MEPSC), a realizar estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários do Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E, venho por este meio solicitar a V. Exa. a autorização para realizar o mesmo no respetivo Serviço onde decorre o estágio.

Setúbal, 9 de Novembro de 2018

Estudante da Especialidade em EMC E MEPSC,



Helder André Vermelho Saias

O Enfermeiro-chefe do Serviço de Cardiologia,



Cláudia Estevão

APÊNDICE F - Pedido de Autorização ao Diretor de Serviço para Realização de Projeto de Intervenção em Serviço

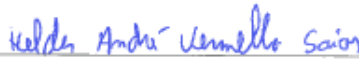
**PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO PRESIDENTE DO CA
PARA REALIZAÇÃO DE PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO**

Título do Projeto: Transição Segura de Cuidados do Doente Crítico

Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração, eu, Helder André Vermelho Saias, enfermeiro com cédula profissional número 5-E-78631, na qualidade de estudante da Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica (EMC) e Mestrado em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (MEPSC), a realizar estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários do Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E, venho por este meio solicitar a V. Exa. a autorização para realizar o mesmo no respetivo Serviço onde decorre o estágio. O projeto destina-se à implementação da metodologia ISBAR na comunicação dos momentos de transição de cuidados, pelo que anexo o referido projeto a este pedido, assim como os pedidos de autorização ao Diretor do Serviço e à respetiva Chefe de Enfermagem. Mais informo que o mesmo não se trata de nenhum estudo ou ensaio clínico, pelo que não terá lugar a quaisquer colheita de dados.

Setúbal, 9 de Novembro de 2018

Estudante da Especialidade em EMC E MEPSC,



Helder André Vermelho Saias

APÊNDICE G - Pedido de Autorização ao Conselho de Administração para Realização de Projeto de Intervenção em Serviço

Enfermeiro Helder André Vermelho Saias
Aluno do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica
Tel: 965095073

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração
do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE

Rua Camilo Castelo Branco
2910-446 Setúbal

*Autunigo a realizacop
do projeto na UCI/ICR
O projeto já tem pareceres
positivos do Sr. Guf: Bordenadone
do S. Cardiológica e Sr. Deighton
do Serviço.*

Assunto: Pedido de autorização para implementação de Projeto de Intervenção em Serviço

*Jae
Ca ao*

Eu, Helder André Vermelho Saias, enfermeiro, com número de cédula profissional 5-E-78631, a frequentar o Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica, com edição a decorrer no Instituto Politécnico de Setúbal em Associação com a Universidade de Évora e Institutos Politécnicos de Beja, Castelo-Branco e Portalegre, venho por este meio solicitar a vossa Excelência, no âmbito do estágio final, a decorrer na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários do Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE, autorização para implementação de Projeto de Intervenção em Serviço com a temática "Transição Segura de Cuidados do Doente Crítico".

*Gid do
@AS
(Euf os
Viton
Varela
e Jse'
Alfresca*

O mesmo prende-se com a aplicação de um instrumento padronizado nos momentos de transição de cuidados da equipa de enfermagem na respectiva Unidade onde decorre o estágio, devidamente adaptado ao contexto de prestação de cuidados, seguindo a metodologia comunicacional ISBAR, preconizada pela DGS em 2017 no exemplar normativo nº 001/2017, datado de 08/02/2017, sobre o assunto "Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde". É de salientar que a respectiva metodologia ISBAR é uma "ferramenta de padronização de comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados" (Direção-Geral da Saúde, 2017, p.4).

*Opeds
22/11/18*

O mesmo não se destina à colheita de dados institucionais, mas sim à aplicação da metodologia comunicacional supracitada, pelo que remeto em anexo o comprovativo de conhecimento, pelo Diretor de Serviço e Chefia de Enfermagem do Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE, assim como um exemplo do respectivo Projeto.

**ENFERMEIRA DIRETORA DO CHS, EPE
CARLA SILVA MENDES**

Ao dispor para qualquer esclarecimento adicional

Pede deferimento,

Com os melhores cumprimentos,

Setúbal, 9 de Novembro de 2018

Helder André Vermelho Saias

(HELDER ANDRÉ VERMELHO SAIAS)

APÊNDICE H - Parecer do Gabinete de Investigação e Desenvolvimento do CHS acerca da Realização do Projeto de Intervenção em Serviço

CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E.
HOSPITAL DE S. BERNARDO
HOSPITAL ORTOPÉDICO INFÂNCIA DO OUTÃO



Cid
GABINETE DE INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO
RESEARCH & DEVELOPMENT OFFICE

DELIBERAÇÃO:
Aut. 11-11-18
21/11/2018
CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E.
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
[Handwritten signature]

NOTA DE SERVIÇO

PARA: Exma. Sra. Dra. Elisa Carvalho, Gestora do Gabinete de Investigação e Desenvolvimento.
DE: Sr. Pedro Santos, Secretário do Gabinete de Investigação e Desenvolvimento

28-11-2018

ASSUNTO: Autorização à realização do Estudo/Projecto "Projecto de Intervenção em Serviço - Transição segura de Cuidados do Doente Crítico", a realizar na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários do Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.

Trata-se de um Estudo/Projecto conferidor de grau académico - Mestrado, cujo a Investigador/ Principal é a Exmo. Sr. Enf. Helder Vermelho Saias, a realizar na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários do Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar de Setúbal.

A realização deste Estudo/Projecto tem como objectivo a aplicação de um instrumento padronizado nos momentos de transição de cuidados da Equipa de Enfermagem na respectiva Unidade onde decorre o estágio, devidamente adaptado ao contexto de prestação de cuidados.

À consideração superior,

[Handwritten signature]
Pedro Santos

Ao sec. do GID
para autorizar
o IP e restantes
interventores
EMO
07-12-2018

ACTA Nº 49/18

Contactos GID: gid@chs.min-saude.pt

Rua Camilo Castelo Branco • 2910-446 Setúbal • Telefone: 265 549 000 • Ext.: 6838 (Pedro Santos) • www.chs.min-saude.pt

DESPACHO

Tomei conhecimento.
A Exma. Sra. Sra. Elisa Carvalho, Direcção Clínica da S. Mendes, autorizou-se a realização deste estudo, tendo em conta que tem interesse tanto para a unidade, como para o CHS.

EMO
28-11-2018

GID.
Tomei conhecimento.
No interesse para a Unidade Hospitalar (Serviço de Cardiologia - UCI) na aplicação do protocolo ISBAR, conforme memo v. 011/2017 de 08/12/2017 do D.º Dr.º G.º de Saúde.
João Paulo - 30.11.2018

Concordo.
[Handwritten signature]
4/12/2018

APÊNDICE I - Instrumento Padronizado

IDENTIFICAÇÃO - IDENTIFICATION/SITUATION - SITUAÇÃO ATUAL CAUSA AND BACKGROUND - ANTECEDENTES/ANAMNESE

NOME: _____ PESSOA SIGNIFICATIVA: _____ **CAMA** 6
 IDADE: _____ DATA/HORA DE ADMISSÃO: _____ CUIDADOR INFORMAL: _____ AVD'S PRÉVIAS: AT ___ AP ___
 Motivo de admissão: _____ ALERGIAS: _____
 SPM: _____ SITUAÇÃO SOCIAL: _____
 Diagnóstico: _____ DIRETIVA ANTECIPADA DE VONTADE: _____
 ISOLAMENTO: Contacto: _____ Gotejões: _____ Data da colheita: _____
 Microorganismos: _____ LOCAL: _____

ASSESSMENT - AVALIAÇÃO

ORIENTAÇÃO/CONSCIÊNCIA
 Orientado: ___ Consciente: ___ Suspeitado: ___ Provocado: ___ Sedado: ___
 DEF. SENSORIAL: Visão ___ Audição ___ Comunicação ___
RESPIRATÓRIO:
 CURP: ___ CURP Obs: ___ CURP: ___ CURP Obs: ___
 CURP: ___ CURP Obs: ___
 CURP (seu/ela): ___ Risco: _____
 SÓDIO: _____ Potássio: _____
 Peito: _____ Pulso: _____
 FERIDAS: U/L ___ Crítica ___ Traumática ___ Queimada ___
 LOCAL: _____ CARACT: _____ TRATAMENTO: _____
 DUCHE: LEVANTE: REPOUSO: _____
 Plágio: _____ Medida: _____ Deter: _____
 DRENAGEM: _____
 SMO: Trocar: _____
SUMARIZAÇÃO:
 Sonda: Ureteral ___ Arterial ___ Pulso ___ Oximétrico ___
 Algodão: Motivo: _____ Trocar: _____
 Úlcera de Jéopila: _____

	Q0	Q1	Q2	Q3
Cateterismo				
Guardião				
Uretra				
Via				
Tracoma				
Lesões não tratadas				

ASSESSMENT - AVALIAÇÃO Turno: NOITE

SINAIS VITAIS:

Hora	Temp.	TA	FC	FR	SPO2	Dor

 Hora: _____ BMT: _____ Resultado: _____
 SONDAS ADEQUADAS: _____ INADEQUADAS: _____
VENTILAÇÃO:
 Depressão R ___ M ___ E ___
 Aspiração de secreções: Características: _____
SUMARIZAÇÃO:
 Urínaria: _____ Curiosa: _____ Intestinal: _____
MONITORIZAÇÃO:
 Traçado Grafica: _____
 T:Endo: _____ Introdutor Arterial: _____

RECOMMENDATION - RECOMENDAÇÕES

Análise: _____ Exames: _____ Consultas: _____

ASSESSMENT - AVALIAÇÃO Turno: MANHÃ

SINAIS VITAIS:

Hora	Temp.	TA	FC	FR	SPO2	Dor

 Hora: _____ BMT: _____ Resultado: _____
 Hora: _____ BMT: _____ Resultado: _____
VENTILAÇÃO:
 Depressão R ___ M ___ E ___
 Aspiração de secreções: Características: _____
SUMARIZAÇÃO:
 Urínaria: _____ Curiosa: _____ Intestinal: _____
MONITORIZAÇÃO:
 Traçado Cardíaco: _____
 T:Endo: _____ Introdutor Arterial: _____

RECOMMENDATION - RECOMENDAÇÕES

Análise: _____ Exames: _____ Consultas: _____

CAMA _____

NOME: _____ CAMA 6
Turno: TARDE

ASSESSMENT - AVALIAÇÃO

SINAIS VITAIS: APETITE: AUS. ____ RED. ____ AUM. ____

Hora	Temp.	TA	FC	FR	SP02	Dor

Hora: ____ BMT ____ Insulina: ____
 Hora: ____ BMT ____ Insulina: ____

INTERCORRÊNCIAS: Traçado Cardíaco: _____
 TIBand: _____

VENTILAÇÃO:
 Diapnéia R. ____ M. ____ F. ____
 Aspiração de secreções: _____ Características: _____

ELIMINAÇÃO:
 Urinária: _____ Diurèse: _____ Intestinal: _____

MONITORIZAÇÃO:
 Introduzidor Arterial: _____

RECOMMENDATION - RECOMENDAÇÕES
 Análises: _____ Exames: _____ Consultas: _____

data ____ / ____ / ____
Turno: NOITE

ASSESSMENT - AVALIAÇÃO

SINAIS VITAIS: SOND: ADEQUADO ____ INADEQUADO ____ S/OZ ____

Hora	Temp.	TA	FC	FR	SP02	Dor

Hora: ____ BMT ____ Insulina: ____
 Hora: ____ BMT ____ Insulina: ____

INTERCORRÊNCIAS: Traçado Cardíaco: _____
 TIBand: _____

VENTILAÇÃO:
 Diapnéia R. ____ M. ____ F. ____
 Aspiração de secreções: _____ Características: _____

ELIMINAÇÃO:
 Urinária: _____ Diurèse: _____ Intestinal: _____

MONITORIZAÇÃO:
 Introduzidor Arterial: _____

RECOMMENDATION - RECOMENDAÇÕES
 Análises: _____ Exames: _____ Consultas: _____

Turno: MANHÃ

ASSESSMENT - AVALIAÇÃO

SINAIS VITAIS: APETITE: AUS. ____ RED. ____ AUM. ____

Hora	Temp.	TA	FC	FR	SP02	Dor

Hora: ____ BMT ____ Insulina: ____
 Hora: ____ BMT ____ Insulina: ____

INTERCORRÊNCIAS: Traçado Cardíaco: _____
 TIBand: _____

VENTILAÇÃO:
 Diapnéia R. ____ M. ____ F. ____
 Aspiração de secreções: _____ Características: _____

ELIMINAÇÃO:
 Urinária: _____ Diurèse: _____ Intestinal: _____

MONITORIZAÇÃO:
 Introduzidor Arterial: _____

RECOMMENDATION - RECOMENDAÇÕES
 Análises: _____ Exames: _____ Consultas: _____

Turno: TARDE

ASSESSMENT - AVALIAÇÃO

SINAIS VITAIS: APETITE: AUS. ____ RED. ____ AUM. ____

Hora	Temp.	TA	FC	FR	SP02	Dor

Hora: ____ BMT ____ Insulina: ____
 Hora: ____ BMT ____ Insulina: ____

INTERCORRÊNCIAS: Traçado Cardíaco: _____
 TIBand: _____

VENTILAÇÃO:
 Diapnéia R. ____ M. ____ F. ____
 Aspiração de secreções: _____ Características: _____

ELIMINAÇÃO:
 Urinária: _____ Diurèse: _____ Intestinal: _____

MONITORIZAÇÃO:
 Introduzidor Arterial: _____

RECOMMENDATION - RECOMENDAÇÕES
 Análises: _____ Exames: _____ Consultas: _____

CAMA 6

APÊNDICE J - Plano da Sessão Formativa “Transição Segura de Cuidados do Doente Crítico”

Plano de sessão

Data: 21 Novembro de 2018

Hora: 14h30

Duração: 1h30 minutos

Público – alvo: Enfermeiros da UCICOR

Local: Sala de formação do Serviço

Título: Transição Segura de Cuidados do Doente Crítico

Objetivo geral: Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da transição dos cuidados.

Objetivos Específicos:

- Referir à equipa de enfermagem os aspetos importantes e os momentos mais vulneráveis, no que diz respeito à transição de cuidados;
- Apresentar a norma definida pela DGS, em 2017, acerca da Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde;
- Apresentar o instrumento padronizado e adaptado à realidade da UCICOR.

Transição Segura de Cuidados do Doente Crítico

Relatório de Estágio

Etapas	Objetivos	Conteúdos	Métodos	Meios Auxiliares de Ensino	Duração	Avaliação
Introdução e apresentação	-Preparar do ambiente envolvente -Apresentar o orador -Apresentar a temática, importância e objetivos	-Definição de objetivos da sessão	Expositivo: Projeção de slides e exposição oral	-Microsoft Office® PowerPoint -Projector -Computador	10min	Conhece os objetivos da formação e sua pertinência
Exposição Teórica	-Compreender a importância da transição de cuidados na segurança do doente; -Reconhecer os tipos de transição de cuidados; -Conhecer as medidas e estratégias que influenciam positivamente a transição de cuidados; -Conhecer a importância dos instrumentos padronizados; -Conhecer a norma da DGS e a mnemónica ISBAR; -Apresentar o instrumento padronizado e adaptado à realidade da UCICOR.	-Rever a definição de segurança do doente e transição de cuidados de saúde; -Enfatizar a importância da transição segura de cuidados; -Referir os tipos de transição de cuidados; -Enfatizar as vulnerabilidades e erros mais comuns na transição de cuidados; -Referir as medidas e estratégias que influenciam positivamente o processo de transição de cuidados; -Enfatizar a importância dos instrumentos padronizados; -Apresentar a norma da DGS e a mnemónica ISBAR; -Mostrar o instrumento padronizado construído.	Expositivo: Projeção de slides e exposição oral	-Microsoft Office® PowerPoint -Projector -Computador	1Hora	-Compreende a importância da transição de cuidados na segurança do doente; -Conhece os tipos de transição de cuidados; -Identifica as medidas e estratégias que influenciam positivamente a transição de cuidados; -Reconhece a importância dos instrumentos padronizados; -Conhece a norma da DGS e a mnemónica ISBAR; -Conhece o instrumento padronizado e adaptado à realidade da UCICOR.
Conclusão e esclarecimento de dúvidas	-Enfatizar importância da temática -Perceber o impacto da sessão através de diálogo -Compreender a existência de dúvidas e esclarecimento das mesmas.	-Resumo de conceitos-chave; - Esclarecimentos de dúvidas.	Expositivo: Projeção de slides e exposição oral.	-Computador -Projector -Microsoft Office® PowerPoint.	10min	-Percebe a importância da temática; - Envolvimento da equipa no processo de transição de cuidados.
Avaliação da sessão	- Avaliar a sessão	-	-Questionário de avaliação da sessão	- Canetas - Papel	10min	

APÊNDICE K - Divulgação da Sessão Formativa “Transição Segura de Cuidados do Doente Crítico

SERVIÇO DE CARDIOLOGIA

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

21 de novembro | 2018

Programa

14h30-16h00 Transição Segura de Cuidados do Doente Crítico

Formador: Enf.º Helder Saias | Estudante da MEPSC

Objetivo geral:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da transição dos cuidados.

Objetivos Específicos:

- Referir à equipa de enfermagem os aspetos importantes e os momentos mais vulneráveis, no que diz respeito à transição de cuidados;
- Apresentar a norma definida pela DGS, em 2017, acerca da Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde;
- Apresentar o instrumento padronizado e adaptado à realidade da UCICOR.

Destinatários: Equipa de Enfermagem

Local: Sala de Formação 5.º piso

Enfermeiro Coordenador / Enfermeiro Responsável pelo Formação em Serviço

APÊNDICE L - Sessão Formativa “Transição Segura de Cuidados do Doente Crítico”



CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E.

Transição Segura de Cuidados do Doente

Crítico

Novembro de 2018

Autor:
Helder Sales
Docente:
Prof. Doutor Adriano
Pedro
Orientador:
Enfermeira Especialista
Marta Pias



Sumário

- Objetivos;
- Definição de segurança do doente e de transição de cuidados de saúde;
- Importância da transição segura de cuidados;
- Tipos de transição de cuidados de saúde;
- Vulnerabilidades e erros na transição de cuidados;
- Medidas e estratégias que influenciam positivamente o processo de transição de cuidados;
- Transição de cuidados ao doente crítico;
- Instrumentos Padronizados;
- Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015 -2020;
- Norma DGS (2017) – “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”;
- Apresentar o instrumento padronizado adaptado à UCICOR.



Objetivos

Objetivo Geral: Implementar a metodologia ISBAR na UCICOR.

Objetivos específicos:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da transição dos cuidados;
- Apresentar a norma definida pela DGS, em 2017, acerca da Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde;
- Apresentar o instrumento padronizado e adaptado à realidade da UCICOR.

Novembro 2018

Transição Segura de Cuidados do Doente Crítico



Definição de segurança do doente vs transição de cuidados de saúde

"Redução de risco de dano desnecessário à pessoa que recebe os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. O mínimo aceitável é de uma forma geral direcionado para o conhecimento atual, recursos disponíveis, contexto da prestação de cuidados em oposição ao risco de não tratamento ou de outro." (Direção-Geral da Saúde, 2017, p. 4).

"Qualquer momento da prestação em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, que tem como missão a continuidade e segurança dos mesmos" (Direção-Geral da Saúde, 2017, p. 4).

Novembro 2018

Transição Segura de Cuidados do Doente Crítico



Importância da transição segura de cuidados



Os momentos de transição dos cuidados são sempre alturas mais vulneráveis para a segurança do doente, pois devido à complexidade da informação, estão envolvidos num maior risco de erro na passagem da informação (Direção-Geral da Saúde, 2017).

Novembro 2018

Transição Segura de Cuidados do Doente Crítico



Tipos de transição de cuidados de saúde

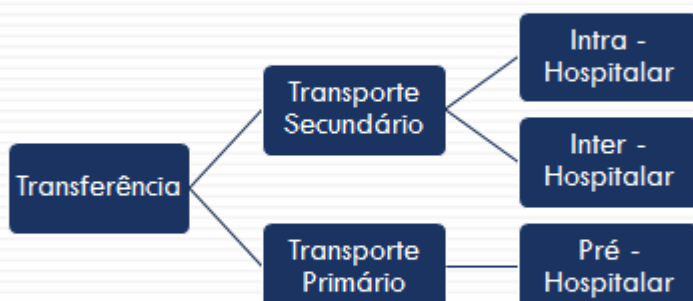


Novembro 2018

Transição Segura de Cuidados do Doente Crítico



Tipos de transição de cuidados de saúde



Novembro 2018

Transição Segura de Cuidados do Doente Crítico



Vulnerabilidades e erros na transição de cuidados

- ▶ Défice na colheita de dados e sintetização de informações;
- ▶ Interrupções durante o processo de transição de cuidados;
- ▶ Transferência de informações incompletas, imprecisas, conflitantes, irrelevantes ou omissão de informações;
- ▶ Afetação de futuras transições de cuidados e turnos seguintes;
- ▶ Tempo utilizado na transição de cuidados;

Novembro 2018

Transição Segura de Cuidados do Doente Crítico



Medidas e estratégias que influenciam positivamente o processo de transição de cuidados

Inclusão dos doentes no processo

Relação terapêutica enfermeiro - doente

Trabalho de equipa

Utilização de instrumentos padronizados

Novembro 2018

Transição Segura de Cuidados do Doente Crítico



Transição de cuidados ao doente crítico

Quando se fala em doente crítico, as questões relativas à comunicação e à transição de cuidados assumem ainda maior relevância, pois a pessoa em situação crítica é definida como *“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”* (Diário da República, 2011).

Novembro 2018

Transição Segura de Cuidados do Doente Crítico



Transição de cuidados ao doente crítico

O doente crítico atravessa um processo de transição de saúde-doença, onde impera a uma gestão constante do plano de cuidados assim como uma constante atualização da transmissão pormenorizada de informação clínica.

Novembro 2018

Transição Segura de Cuidados do Doente Crítico



Instrumentos Padronizados

Acarretam benefícios na redução dos riscos de segurança ao doente, melhorando assim o processo de transição de cuidados entre os profissionais, porém o instrumento utilizado como padrão para o referido efeito, deve estar adaptado à realidade e aos contextos dos vários serviços (Graan, Botti, Wood, & Redley, 2015).

Novembro 2018

Transição Segura de Cuidados do Doente Crítico



Instrumentos Padronizados

SBAR

ISBAR

ISOBAR

IDEIA

SIGN
OUT

ACCEPT

I PASS
BATON

Novembro 2018

Transição Segura de Cuidados do Doente Crítico



Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015 -2020

A segurança na comunicação em saúde, é também uma temática abordada no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD), onde se afirma que dada a importância do tema, todas as instituições que prestem cuidados de saúde em Portugal “devem implementar procedimentos normalizados para assegurar uma comunicação precisa e atempada de informações entre os profissionais de saúde” (Diário da República, 2015, pp. 3882-(3))

Novembro 2018

Transição Segura de Cuidados do Doente Crítico



Norma DGS (2017) – “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”

Seguindo a linha de pensamento do PNSD, a DGS elaborou uma norma em 2017 acerca da comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. A referida norma faz referencia à transição de cuidados que deve ser normalizada com recurso à técnica ISBAR, aplicando-se a mesma a todos os níveis de prestação de cuidados em que esteja inerente a transição dos mesmos (Direção-Geral da Saúde, 2017).

Novembro 2018

Transição Segura de Cuidados do Doente Crítico



Norma DGS (2017) – “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”

“1. A transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR.

2. A técnica ISBAR aplica-se em todos os níveis de prestação de cuidados que envolva a transição dos mesmos, sem prejuízo das situações referidas no n.º 1 do Despacho n.º 2784/2013 de 11 de fevereiro.

3. A transferência de informação entre profissionais de saúde deve ser prioritária em todos os momentos vulneráveis/críticos de transição de cuidados.

4. Os responsáveis pelo processo de transmissão de informação, na transição de cuidados, devem estar identificados de forma inequívoca (nome, categoria e função).”

(Direção-Geral da Saúde, 2017, p.1)

Novembro 2018

Transição Segura de Cuidados do Doente Crítico



Norma DGS (2017) – “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”

“5. A transmissão de informação nas transições deve ser escrita, nos termos do Despacho n.º 2784/2013 de 11 de fevereiro, devendo ser garantida a clareza e a legibilidade da informação;

a) Nas situações de transição não contempladas do Despacho n.º 2784/2013 de 11 de fevereiro, a informação a transmitir deverá corresponder aos conteúdos constantes do Anexo I;

b) 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 ser realizada sem interrupções, utilizando o modelo contido no Anexo I.”

(Direção-Geral da Saúde, 2017, p.1)

Novembro 2018

Transição Segura de Cuidados do Doente Crítico



Norma DGS (2017) – “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”

“ 6. As instituições devem assegurar que:

a) O respetivo plano anual de formação contemple formação específica para todos os profissionais envolvidos no processo de transferência de informação, que induza a técnica ISBAR;

b) O processo de transferência de informação é monitorizado através da execução de auditorias internas, nos termos do Despacho n.º 2784/2013.

7. A presente Norma é complementada com o seguinte texto de apoio que orienta e fundamenta a sua implementação.”

(Direção-Geral da Saúde, 2017, p. 2/3)

Novembro 2018

Transição Segura de Cuidados do Doente Crítico



Norma DGS (2017) – “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”

Mnemónica ISBAR – “auxiliar de memória que permite através de formas simples, memorizar construções complexas” (Direção-Geral da Saúde, 2017, p.4)

I - Identificação

S – Situação Atual

B – Antecedentes (Background)

A - Avaliação

R - Recomendações

Novembro 2018

Transição Segura de Cuidados do Doente Crítico



Norma DGS (2017) – “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”

I – IDENTIFICAÇÃO

“Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação” (Direção-Geral da Saúde, 2017, p.4)

Novembro 2018

Transição Segura de Cuidados do Doente Crítico



Norma DGS (2017) – “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”

S – SITUAÇÃO ATUAL

“Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde” (Direção-Geral da Saúde, 2017, p.4)

Novembro 2018

Transição Segura de Cuidados do Doente Crítico



Norma DGS (2017) – “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”

B – ANTECEDENTES (Background)

“Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade” (Direção-Geral da Saúde, 2017, p.4)

Novembro 2018

Transição Segura de Cuidados do Doente Crítico



Norma DGS (2017) – “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”

A – AVALIAÇÃO

“Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas” (Direção-Geral da Saúde, 2017, p.4)

Novembro 2018

Transição Segura de Cuidados do Doente Crítico



Norma DGS (2017) – “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”

R – RECOMENDAÇÕES

“Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente” (Direção-Geral da Saúde, 2017, p.4)

Novembro 2018

Transição Segura de Cuidados do Doente Crítico



Norma DGS (2017) – “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”

Modelo explicativo da técnica ISBAR

Identificação	<ul style="list-style-type: none"> a) Nome completo, data nascimento, género e nacionalidade do doente; b) Nome e função do Profissional de Saúde envolvido; c) Nome e função do Profissional de Saúde receptor; d) Serviço de origem (unidade/cuidado); e) Identificação do processo diagnóstico/suporte informal.
Situação (Situação)	<ul style="list-style-type: none"> a) Data e hora da ocorrência; b) Descrição da situação atual de saúde do doente; c) História complementar de alergias e terapêuticas (ICOD) realizadas ou a realizar.
Intenções/Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> a) Intenções/objetivos; b) Meios de implementação; c) Outros intervenções a realizar; d) Ações realizadas ou a ser realizadas; e) Medicação realizada; f) Terapêuticas de suporte de vida e estado de risco; g) Outros intervenções realizadas; h) Frequência ou ritmo de realização/Intenções acordadas com o doente e família e implementadas; i) Identificação da situação atual e da evolução da situação.
Inteligência	<ul style="list-style-type: none"> a) Problemas atuais; b) Terapêuticas realizadas e não realizadas (incluindo); c) Alergias de suporte de vida diagnosticadas e evolução da situação das mesmas implementadas; d) Passos de atenção, alergias e intervenções atuais.
Resumo/Resumo	<ul style="list-style-type: none"> a) Síntese de plano de cuidados de saúde; b) Intenções e ações a realizar e (ICOD) implementadas; c) Identificação de necessidades de suporte informal.

Novembro 2018

Transição Segura de Cuidados do Doente Crítico



Norma DGS (2017) – “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”

Mnemónica ISBAR

A DGS (2017), afirma que o uso desta metodologia de transição de cuidados veicula uma melhor memorização dos profissionais acerca da história do doente, podendo estes projetar melhor os cuidados ao doente, assim como é uma técnica “simples, flexível, concisa e clara para comunicar informações desses cuidados” (Direção-Geral da Saúde, 2017, p. 6). Este método promove assim o pensamento crítico dos profissionais envolvidos, o rápido processo de tomada de decisão, a diminuição do tempo gasto na transição de cuidados, permitindo assim uma mais rápida integração de novos profissionais na equipa, para além de diminuir o risco de erros causados pela má comunicação, melhorando desta forma a segurança do doente (Direção-Geral da Saúde, 2017).

Novembro 2018

Transição Segura de Cuidados do Doente Crítico



Check –list de material e equipamentos necessários para evacuação da UCICOR

Grau de prioridade da evacuação	
1º lugar	Doentes estáveis Sem necessidade de ventilação mecânica; Sem necessidade de medicação intravenosa.
2º lugar	Doentes estáveis Doentes sem necessidade de medicação intravenosa, sem FRCJ inferior a 200 e FEF inferior a 700 HDQ; Doentes sem necessidade de cateterismo (cateterismo ou cateterismo) inferior a 0,2 mg/L (g/L).
3º lugar	Doentes instáveis Doentes sem necessidade de oxigénio ou sem oxigénio nasal (Diapir inferior a 2 pontos) Doentes sem necessidade de ventilação mecânica com taxa de saturação de oxigénio (PO2 entre 80-90) ou sem FEF entre 8-10 em HDQ; Doentes sem necessidade de doses elevadas de catecolaminas (adrenalina ou noradrenalina) entre 0,2 e 1 mg/L (g/L) ou sem inibidores de bomba de prótons (1,2 (mg/L) ou noradrenalina inferior a 0,2 mg/L (g/L)).
4º lugar	Doentes instáveis Doentes sem necessidade de oxigénio ou sem oxigénio nasal (Diapir inferior a 2 pontos) Doentes sem inibidores de bomba de prótons, sem necessidade de ventilação mecânica com taxa de saturação de oxigénio (PO2 superior a 80) ou sem FEF superior a 1 em HDQ; Doentes sem necessidade de doses elevadas de catecolaminas (adrenalina ou noradrenalina) superior a 1 mg/L (g/L); Doentes em cateterismo.

(Sánchez-Palacios, et al., 2009)

Novembro 2018

Transição Segura de Cuidados do Doente Crítico



NOTAS FINAIS

A comunicação eficaz entre enfermeiros é um elemento chave na promoção da continuidade de cuidados de enfermagem, por isso exige um aperfeiçoamento constante da equipa de enfermagem nas questões comunicacionais, pois elas representam a base do cuidado em enfermagem (Brás & Ferreira, 2016).

Por forma a valorizar os cuidados de enfermagem, assim como torna-los mais seguros, torna-se imprescindível valorizar a riqueza das informações que são transmitidas, documentando toda a intervenção de enfermagem nos contextos de prática (Brás & Ferreira, 2016). Desta forma podemos criar contextos de prática de cuidados de saúde mais seguros, tanto para doentes como para profissionais (Brás & Ferreira, 2016).

Novembro 2018

Transição Segura de Cuidados do Doente Crítico



Referências

- Birmingham, P., Buffum, M., Blegen, M., & Lyndon, A. (2015). Handoffs and Patient Safety: Grasping the Story and Painting a Full Picture. *West Journal of Nursing Research*, 1458–1478.
- Brás, C., & Ferreira, M. (Setembro de 2016). Comunicação Clínica (handover) e Segurança dos Cuidados de Enfermagem: revisão da literatura. *Millenium*, pp. 117-124.
- Colvin, M., Eisen, L., & Gong, M. (2016). Improving the Patient Handoff Process in the Intensive Care Unit - Keys to Reducing Errors and Improving Outcomes. *Semin Respir Crit Care Med*, pp. 96-106.
- Diário da República. (18 de Fevereiro de 2011). Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011. Regulamento n.º 122/2011 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa, Portugal: Diário da República.
- Diário da República. (18 de Fevereiro de 2011). Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa, Portugal.
- Diário da República. (10 de Fevereiro de 2015). Diário da República, 2.ª série — N.º 28 — 10 de fevereiro de 2015. Despacho n.º 1400-A/2015 - PLANO NACIONAL PARA A SEGURANÇA DOS DOENTES 2015-2020. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (8 de 2 de 2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma n.º 001/2017 de 08/02/2017. Lisboa, Portugal: Serviço Nacional de Saúde.



Referências

- Graan, S., Botti, M., Wood, B., & Redley, B. (Setembro de 2015). Nursing handover from ICU to cardiac ward: Standardised tools to reduce safety risks. *Australian Critical Care*, pp. 165 - 171.
- Kowitlawakul, Y., Leong, B., Lua, A., Aroos, R., Wong, 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*, 99–104.
- Lane-Fall, M., Beidas, R., Pascual, J., Collard, M., Peifer, H., Chavez, T., . . . Barg, F. (2014). Handoffs and transitions in critical care (HATRICC): protocol for a mixed methods study of operating room to intensive care unit handoffs. *BMC Surgery*.
- Lee, S., Phan, P., Dorman, T., Weaver, S., & Pronovost, P. (2016). Handoffs, safety culture, and practices: evidence from the hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Services Research*, pp. 18-25.
- Melo, C. (Outubro de 2013). A importância do "handoff" na segurança do paciente. *Revista de enfermagem UFPE on line*.
- Sánchez-Palacios, M., Torrent, R., Santana-Cabrera, R., Gardá, J., Campos, S., & Carrasco de Miguel, V. (24 de Setembro de 2009). Plan de evacuación de la unidad de cuidados intensivos: un nuevo indicador de calidad? *Medicina Intensiva*, pp. 198-202.
- Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de etapas. *Revista Percursos*, pp. 1-37.
- Santos, A., & Ferrão, S. (Janeiro de 2015). Comunicação Efetiva na Transferência da Pessoa em Situação Crítica - Revisão da Literatura. *Research Gate*.
- Santos, M., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T., & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, pp. 47 - 57.
- Stagers, N., & Blaz, J. (2012). Research on nursing handoffs for medical and surgical settings: an integrative review. *JOURNAL OF ADVANCED NURSING*, 247-262.



OBRIGADO!

APÊNDICE M - Documento de avaliação do Projeto de Intervenção em Serviço “Transição Segura de Cuidados do Doente Crítico”

Documento de avaliação do Projeto de Intervenção em serviço “Transição Segura de Cuidados do Doente Crítico”

Identification– Identificação	S/N/NA
O nome, data nascimento, género e nacionalidade do doente, são ditos oralmente, estão descritos no instrumento de passagem de turno ou são do conhecimento do enfermeiro recetor;	
O nome do enfermeiro emissor e recetor são identificados ou são do conhecimento de ambos;	
A identificação da pessoa significativa ou cuidador informal é dita oralmente, está descrita no instrumento de passagem de turno ou é do conhecimento do enfermeiro recetor;	
Situation – Situação Atual/Causa	
A data e hora de admissão são ditas oralmente, estão descritas no instrumento de passagem de turno ou são do conhecimento do enfermeiro recetor;	
O motivo atual de necessidade de cuidados de saúde é dito oralmente, está descrito no instrumento de passagem de turno ou é do conhecimento do enfermeiro recetor;	
Os Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar, são ditos oralmente, estão descritos no instrumento de passagem de turno ou são do conhecimento do enfermeiro recetor;	
Background – Antecedentes/Anamnese	
Os antecedentes clínicos ou técnicas invasivas realizadas, hábitos relevantes, alergias e níveis de dependência prévias, são ditas oralmente, estão descritas no instrumento de passagem de turno ou são do conhecimento do enfermeiro recetor;	
A existência de Diretiva Antecipada de Vontade é dita oralmente, está descrita no instrumento de passagem de turno ou é do conhecimento do enfermeiro recetor;	

A terapêutica de ambulatório relevante e a adesão à mesma é dita oralmente, está descrita no instrumento de passagem de turno ou é do conhecimento do enfermeiro recetor;	
A presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde, assim como as respetivas medidas de isolamento, são ditas oralmente, estão descritas no instrumento de passagem de turno ou são do conhecimento do enfermeiro recetor;	
A situação social assim como a capacitação do cuidador, quando existente, é dita oralmente, está descrita no instrumento de passagem de turno ou é do conhecimento do enfermeiro recetor;	
Assessment - Avaliação	
As alterações do estado de saúde e problemas ativos são ditos oralmente ou estão descritos no instrumento de passagem de turno;	
Os focos de atenção, diagnósticos de enfermagem, intervenções ativas e a respetiva avaliação da sua eficácia são ditas oralmente ou estão descritas no instrumento de passagem de turno;	
O regime terapêutico medicamentoso e não medicamentoso relevante é dito oralmente ou está descrito no instrumento de passagem de turno;	
Recommendation - Recomendação	
A indicação do plano de continuidade de cuidados é dito oralmente ou está descrito no instrumento de passagem de turno;	
A informação acerca das próximas consultas ou MCDT agendados é dita oralmente ou está descrita no instrumento de passagem de turno;	
As necessidades do cuidador informal, quando existente, São ditas oralmente ou estão descritas no instrumento de passagem de turno;	

S- Sim **N-** Não **NA-** Não Aplicável

**APÊNDICE N - Artigo Científico do Projeto de Intervenção
em Serviço “Transição Segura de Cuidados do Doente
Crítico”**

Transição Segura de Cuidados do Doente Crítico

Safe Care Transition of the Critical Patient

Helder Saias: Enfermeiro no Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar Barreiro Montijo. Aluno do Mestrado em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

Adriano Pedro: Professor Doutor no Instituto Politécnico de Portalegre. Professor Orientador do Mestrado em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

RESUMO

Segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS) (2017), no panorama internacional as falhas na comunicação assumem-se como a principal causa de eventos adversos na saúde, onde 70% dos mesmos ocorrem nos momentos de transição de cuidados entre os profissionais (Direção-Geral da Saúde, 2017). **Objetivo:** O objetivo deste artigo assenta na implementação da metodologia ISBAR na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCICOR) do Centro Hospitalar de Setúbal (CHS), tendo em conta as diretrizes normativas emanadas pela DGS em 2017 e após a identificação da inexistência de uma metodologia sistematizada e organizada, nos momentos de transição de cuidados de enfermagem. **Métodos:** Com recurso à observação direta dos momentos de transição de cuidados da equipa de enfermagem, ao acompanhamento integral dos doentes nos turnos de trabalho e à recolha de impressões informais junto dos enfermeiros da UCICOR, foi elaborado um instrumento padronizado de passagem de turno, com recurso à metodologia ISBAR e devidamente adaptado ao contexto de trabalho e focos de interesse da UCICOR. **Resultados:** Foi construído um instrumento padronizado, seguindo toda a metodologia ISBAR. Após um momento formativo iniciou-se a utilização deste instrumento padronizado. De modo geral a equipa de enfermagem mostrou-se agradada com a sessão formativa e com a metodologia ISBAR aplicada no instrumento, pois tornou mais organizada e sistematizada a passagem de informação nos momentos de transição de cuidados. **Conclusões:** Considera-se que a metodologia ISBAR contribuirá para uma resposta mais atempada em situações emergentes na UCICOR, assim como ajudará na redução de eventos adversos, aumentando a segurança do doente e melhorando a qualidade dos cuidados prestados ao mesmo. **Descritores:** ISBAR nos momentos de transição de cuidados de enfermagem, Transição segura de cuidados e Doente crítico.

ABSTRACT

According to the General Direction for Health (GDS) (2017), in the international panorama, communication failures are the main cause of adverse health events, where 70% of them occur in the handover moments among professionals (General Direction for Health, 2017).

Objective: The objective of this article is based on the implementation of the ISBAR methodology in the Coronary Intensive Care Unit (CORICU) of the Hospital Center of Setúbal (HCS), taking into account the normative guidelines issued by the GDS in 2017 and after identifying the lack of a systematized methodology and organized, in nursing handovers.

Methods: Using a direct observation in nursing handovers, the integral follow-up of the patients in the work shifts and the collection of informal impressions with the nurses of CORICU, a standard handover instrument was developed, using ISBAR methodology and duly adapted to the work context and focus of interest of CORICU. **Results:** A standardized instrument was built, following the entire ISBAR methodology. After a formative moment the use of this standard instrument was started. In general, the nursing team was pleased with the training session and with the ISBAR methodology applied in the instrument, as it made the passage of information in the handovers more organized and systematized.

Conclusion: It is considered that the ISBAR methodology will contribute to a more timely response in emergent situations at CORICU, as well as help in reducing adverse events, increasing patient safety and improving the quality of care provided to the patient. **Key words:** ISBAR in nursing handover, safe care transition and Critical patient.

INTRODUÇÃO

A segurança é um domínio da qualidade dos cuidados de saúde, e é vista na perspectiva do doente como a ausência de lesão acidental (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000). A segurança do doente é caracterizada como sendo uma efetiva redução dos danos causados ao doente, através dos cuidados de saúde que lhe são prestados, para um mínimo aceitável, tendo em conta os recursos disponíveis, o conhecimento atual envolvido e o contexto clínico em que esses cuidados ocorrem (Direção-Geral da Saúde, 2017). Nesse sentido, a segurança do doente tem sido uma problemática bastante desafiadora na área da saúde neste século, onde se assume a sua relação com a comunicação em saúde (Santos, Grilo, Andrade, Guimarães, & Gomes, 2010).

A segurança é o primeiro grande passo na melhoria da qualidade dos cuidados, sendo que “errar é humano, mas os erros podem ser prevenidos” (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000, p. 5). Segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS) (2017), no panorama internacional as falhas na comunicação assumem-se como a principal causa de eventos adversos na saúde, onde 70% dos mesmos ocorrem nos momentos de transição de cuidados entre os profissionais (Direção-Geral da Saúde, 2017). Os momentos de transição de cuidados acontecem sempre e quando um profissional de saúde transfere a responsabilidade de cuidados a outro, sempre com o intuito de assegurar a correta continuidade de cuidados, assim como a segurança dos mesmos (Direção-Geral da Saúde, 2017).

Estes momentos, como são o exemplo das mudanças de turno entre os enfermeiros, caracterizam-se pela sua vulnerabilidade para a segurança do doente, pois devido ao seu grau de complexidade abarcam consigo um maior risco de erro na transmissão da informação (Direção-Geral da Saúde, 2017), podendo esses erros comunicacionais levar a opções de tratamento inapropriados, causar possíveis danos para o doente, assim como comprometer a continuidade dos cuidados (The Joint Commission; The Joint Commission International; Organização Mundial de Saúde, 2007)

Nesse sentido tem existido a criação de vários procedimentos normalizados para os momentos de transição de cuidados, sendo o exemplo disso os instrumentos padronizados, como é o caso da ferramenta de comunicação SBAR (Situation, Background, Assessment e Recommendation), adotada pela primeira vez na Marinha Nuclear dos Estados Unidos da América, pela mão de Michael Leonard, sendo posteriormente desenvolvida para a utilização em cuidados de saúde (Nagammal, Nashwan, Nair, & Susmitha, 2016). A metodologia SBAR desdobra-se em várias derivantes que são em tudo semelhantes, como é o exemplo da

mnemónica ISBAR (Identification, Situation, Background, Assessment e Recommendation) e ISOBAR (Identification, Situation, Observation, Background, Assessment e Recommendation) que partilham da mesma metodologia e base de pensamento que a SBAR, atendendo às mesmas necessidades e demandas (Muller, et al., 2018).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2007) recomenda o uso da SBAR aos seus Estados Membros, de forma a que implementem uma abordagem padronizada para a comunicação em saúde (The Joint Commission; The Joint Commission International; Organização Mundial de Saúde, 2007). Baseado nessas premissas também a DGS (2017), lançou uma norma acerca da Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, explicitando os seus ganhos na segurança do doente (Direção-Geral da Saúde, 2017). Segundo a DGS (2017) todos os momentos de transição de cuidados devem “obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR” (Direção-Geral da Saúde, 2017, p. 1).

O objetivo deste artigo assenta na implementação da metodologia ISBAR na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCICOR) do Centro Hospitalar de Setúbal (CHS), tendo em conta as diretrizes normativas emanadas pela DGS em 2017 e após a identificação da inexistência de uma metodologia sistematizada e organizada, nos momentos de transição de cuidados de enfermagem.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A transição adequada dos cuidados de saúde assume um papel importante na melhoria da segurança do doente. A mesma diz respeito a todos os momentos em que haja transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre quem está a prestar os determinados cuidados, com o desígnio de assegurar a correta continuidade dos mesmos (Direção-Geral da Saúde, 2017). Os momentos de transição dos cuidados são sempre alturas mais vulneráveis para a segurança do doente, pois devido à complexidade da informação, estão envoltos num maior risco de erro na passagem da informação, sendo exemplos disso as mudanças de turno, as admissões hospitalares ou as transferências inter-hospitalares e intra-hospitalares (Direção-Geral da Saúde, 2017).

Existem algumas terminologias internacionais, associadas à transição de cuidados ou aquilo que mais comumente é chamada de passagem de turno, como o handoff ou handover.

Os principais handoffs nos cuidados de saúde dizem respeito às transferências ou às transições de cuidador (Melo, 2013). O primeiro, relativo às transferências, podendo estas ser dentro da mesma instituição de saúde (intra-hospitalar), ou entre instituições (inter-hospitalar) (Melo, 2013). No que trata ao segundo handoff, é aquele que ocorre nas transições de turno, em que o responsável pelos cuidados ao doente transfere essa responsabilidade a outro profissional através da informação mais relevante do doente assegurando a continuidade dos cuidados (Melo, 2013).

Os principais erros descritos no momento da passagem de turno são resultado da transferência de informações incompletas, imprecisas, conflitantes ou irrelevantes, assim como a omissão de informações quando a transição dos cuidados não é efetuada cara a cara entre os enfermeiros (Colvin, Eisen, & Gong, 2016).

Segundo o estudo de Lee, et al. (2016), afirma-se que a comunicação efetuada entre as passagens de turno vai afetar não só os turnos seguintes, como as seguintes passagens de turno, quer uma comunicação eficaz da informação vai melhorar a passagem de turno seguinte, assim como uma deficitária transição de cuidados vai prejudicar a seguinte transição de cuidados (Lee, Phan, Dorman, Weaver, & Pronovost, 2016).

No que respeita a qual a melhor estratégia para os processos de transição de cuidados, não existe um método que seja unanimemente aceite como o mais eficaz, apesar de os processos de transição de cuidados realizados junto ao doente sejam descritos como eficazes, demonstram algumas limitações no que confere ao contexto dos diferentes serviços hospitalares, porém e aliado a isso o método mais promissor no que respeita ao doente crítico propriamente é o recurso a um instrumento padronizado (Staggers & Blaz, 2012).

Quando se fala em doente crítico, as questões relativas à comunicação e à transição de cuidados assumem ainda maior relevância, pois a pessoa em situação crítica é definida como *“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”* (Diário da República, 2011, p. 8656).

O doente crítico é o doente que mais vezes é submetido a transporte e posterior passagem de informação entre profissionais, sendo que na maior parte das vezes este transporte inicia-se no pré-hospitalar com a passagem de informação entre os elementos que fazem o transporte para o hospital, com os profissionais do mesmo (Santos & Ferrão, 2015). Após este transporte primário, existem outros tipos de transporte secundário, sendo eles os transportes intra-hospitalares e inter-hospitalares, sendo que o primeiro é fulcral e acontece sempre que o doente necessita de se deslocar de uma área para outra do hospital, já o segundo pode existir quando existe a necessidade de transportar o doente crítico para outro

hospital onde disponha de recursos humanos, diagnósticos, terapêuticos e de suporte avançado de vida, que o hospital atual não dispõe (Santos & Ferrão, 2015).

Com isto afirma-se que o doente crítico é transferido várias vezes ao longo de todo o seu processo de cuidados, por isso é primordial que haja uma simbiose na comunicação entre as várias equipas multidisciplinares, assim como a transmissão de informações seja isenta de erros, por forma a prevenir riscos associados e auxilie na melhor compreensão do caso de cada doente crítico (Santos & Ferrão, 2015).

Na procura da comunicação eficaz na transição de cuidados, do que ao doente crítico concerne, vários estudos foram feitos sobre a temática. De entre os mesmos verifica-se que a padronização do processo de transferência clínica, acarreta benefícios na redução dos riscos de segurança ao doente, melhorando assim o processo de transição de cuidados entre os profissionais, porém o instrumento utilizado como padrão para o referido efeito, deve estar adaptado à realidade e aos contextos dos vários serviços (Graan, Botti, Wood, & Redley, 2015).

A segurança na comunicação em saúde é também uma temática abordada no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD), onde se afirma que dada a importância do tema, todas as instituições que prestem cuidados de saúde em Portugal “*devem implementar procedimentos normalizados para assegurar uma comunicação precisa e atempada de informações entre os profissionais de saúde*” (Diário da República, 2015, pp. 3882-(3)), por forma a evitar aquilo que podem ser eventos adversos que possam colocar em causa a continuidade de cuidados ao doente (Diário da República, 2015).

Seguindo esta linha de pensamento a DGS, elaborou uma norma em 2017 acerca da comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. A referida norma faz referência à transição de cuidados que deve ser normalizada com recurso à técnica ISBAR, aplicando-se a mesma a todos os níveis de prestação de cuidados em que esteja inerente a transição dos mesmos (Direção-Geral da Saúde, 2017).

Segundo a DGS (2017), a passagem de informação entre profissionais de saúde deverá ser vista como prioritária em “*todos os momentos vulneráveis/críticos de transição de cuidados*” (Direção-Geral da Saúde, 2017, p. 1), sendo que os profissionais de saúde que transmitem a informação devem estar devidamente identificados (Direção-Geral da Saúde, 2017). A DGS afirma ainda que as transições de cuidados de cuidados devem seguir o exemplo em anexo presente na referida norma, que explicita a técnica ISBAR (Anexo I) (Direção-Geral da Saúde, 2017).

A mnemónica ISBAR é definida pela DGS como a “*ferramenta de padronização de comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança do doente em situações*

de transição de cuidados” (Direção-Geral da Saúde, 2017, p. 4). Esta técnica baseia-se por ser um auxiliar de memória, que tem como finalidade memorizar construções complexas, para serem utilizadas a quando da transição de cuidados (Direção-Geral da Saúde, 2017). Cada inicial do seu nome corresponde a cada um dos campos presentes na metodologia, sendo o I a Identificação, que deve fazer referencia precisa tanto do doente, com o seu nome completo, data nascimento, género e nacionalidade, como dos intervenientes na comunicação (nome e função do emissor e recetor) (Direção-Geral da Saúde, 2017). A este campo devem obedecer também informações como serviço de origem/destinatário e a Identificação da pessoa significativa/cuidador informal (Direção-Geral da Saúde, 2017).

O Seguinte campo corresponde à Situação Atual (S), onde deve ser descrito o motivo atual da necessidade dos cuidados, com a data e hora de admissão, assim como os Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) já realizados pelo doente neste contexto de doença ou aqueles que tem agendados/planeados realizar (Direção-Geral da Saúde, 2017).

O campo B corresponde aos Antecedentes, onde se deve dar enfoque às descrições de eventos clínicos, de enfermagem ou outros relevantes para o estado de saúde atual do doente, devendo constar informações como os antecedentes clínicos, níveis de dependência prévios ao internamento, a existência de diretivas antecipadas de vontade, alergias conhecidas ou da sua ausência, hábitos relevantes do doente como por exemplo hábitos tabágicos ou etanólicos, terapêutica de ambulatório e adesão à mesma, técnicas invasivas realizadas, presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar e identificação da situação social e da existência e capacitação do cuidador (Direção-Geral da Saúde, 2017).

O penúltimo campo corresponde à Avaliação (A), devendo o transmissor referir as informações relacionadas com o estado do doente, relatando os problemas ativos, fazendo referencia às medidas terapêuticas medicamentosas e não-medicamentosas instituídas, assim como a sua eficácia e as alterações no estado de saúde do doente (Direção-Geral da Saúde, 2017). Neste campo devem ser também indicados os focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas (Direção-Geral da Saúde, 2017).

Por fim o último campo é o campo das Recomendações (R), onde se referem as atitudes e plano terapêutico mais recomendados à situação clínica do doente, relatando as indicações do plano de continuidade de cuidados, as informações sobre consultas ou MCDT já agendados e as possíveis necessidades do cuidador informal, quando existe (Direção-Geral da Saúde, 2017).

A DGS (2017) afirma que o uso desta metodologia de transição de cuidados veicula uma melhor memorização dos profissionais acerca da história do doente, podendo estes projetar melhor os cuidados ao doente, assim como é uma técnica “simples, flexível, concisa e clara para comunicar informações desses cuidados” (Direção-Geral da Saúde, 2017, p. 6). Este método promove assim o pensamento crítico dos profissionais envolvidos, o rápido processo de tomada de decisão, a diminuição do tempo gasto na transição de cuidados, permitindo assim uma mais rápida integração de novos profissionais na equipa, para além de diminuir o risco de erros causados pela má comunicação, melhorando desta forma a segurança do doente (Direção-Geral da Saúde, 2017).

METODOLOGIA

Tendo em conta as diretrizes emanadas pela DGS em virtude do PNSD 2015-2020, que indica que todos os serviços prestadores de cuidados de saúde em Portugal devem normalizar os seus momentos de transição de cuidados, atendo à metodologia ISBAR, verificou-se que os momentos de transição de cuidados na UCICOR do CHS, ainda não atendiam às respetivas diretrizes, pelo que se denota é que a passagem de informação entre enfermeiros não é feita ainda de forma sustentada, como a norma supracitada pressupõe, sendo identificado o problema/diagnóstico de situação e pensado o método para a implementação da metodologia ISBAR. A questão foi inicialmente debatida com a chefia de enfermagem do serviço que acolheu a ideia e atestou a sua utilidade, sendo elaborada uma análise de S.W.O.T (tabela 1) de forma a formalizar o diagnóstico de situação.

		PONTOS FORTES	PONTOS FRACOS
I N T E R N O (Serviço)		<ul style="list-style-type: none"> • Manifestação de interesse na mudança por parte equipa de enfermagem; • Temática sensível e pertinente no Serviço; • Problemática relacionada com a segurança do doente; • Ausência do recurso à metodologia ISBAR; • Melhoria da prestação de cuidados no que concerne à prevenção de eventos adversos, relacionados com a ineficácia dos momentos de transição de cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rotatividade elevada de doentes na UCICOR, associada a constante atualização do instrumento padronizado; • Inadaptação ao instrumento padronizado; • Hábitos de transmissão de informação já enraizados; • Risco de desmotivação da equipa.
	E X T E R N O	OPORTUNIDADES	AMEAÇAS

<ul style="list-style-type: none"> • Tema inserido no Plano Nacional de Segurança e de Saúde do Doente; • Tema inserido nos padrões de qualidade de enfermagem; • Temática inserida na política de enfermagem do Centro Hospitalar; • Problemática que influencia os restantes serviços de internamento; • Existência de norma da DGS; 	<ul style="list-style-type: none"> • Condições políticas atuais, que podem comprometer os recursos Humanos disponíveis e orçamentos;
---	---

Tabela 1 – Análise S.W.O.T

De forma a justificar o uso da metodologia ISBAR e dar suporte à sua implementação, foi realizada uma revisão integrativa com o objetivo de esclarecer qual a importância da metodologia ISBAR na segurança do doente crítico, incluindo pesquisa científica nas bases de dados EBSCO, PubMed e B-On, com recurso aos descritores: “*nurse*”, “*nursing*”, “*ISBAR in nursing handover*”, “*ISBAR*”, “*handover*”, “*safety*”, “*patient safety*” e “*Critical patient*”. Os descritores mencionados foram combinados entre si utilizando os operadores booleanos AND e OR. Foram selecionados 8 artigos científicos através da aplicação de critérios de inclusão, como sendo estudos baseados em momentos de transição de cuidados de enfermagem, em doentes críticos, na mnemónica ISBAR/SBAR ou ISOBAR e com referência à segurança do doente crítico. Os critérios de exclusão eram artigos com enfoque nos momentos de transição de outras categorias profissionais, em doentes de enfermaria ou não críticos, noutras metodologias de transição de cuidados ou sem texto integral disponível.

Com a realização da revisão integrativa constatou-se a importância de relevo da metodologia ISBAR na segurança do doente crítico, pois antes de mais é maioritariamente bem aceite pelos enfermeiros que a utilizam, sendo utilizada em contextos de UCI ou unidades com doentes críticos em fase aguda com bons resultados na redução de eventos adversos ao doente, pois melhora a comunicação dos enfermeiros nos momentos de transição de cuidados, fazendo assim com que a existência de omissões de informações seja reduzida, trazendo também maior sustentabilidade e consistência à respetiva informação, assim como a metodologia de transmissão de informação está mais sistematizada e organizada, veiculando um conhecimento mais alargado dos enfermeiros sobre o doente, dando ênfase aos planos de cuidados que permitem não só uma correta continuidade de cuidados, assim como permitem que não haja atrasos no tratamento que pudessem colocar em causa a segurança e estabilidade do doente, tornando a resposta a descompensações agudas graves mais atempada.

Foram então definidos objetivos e traçado o plano estratégico para a implementação da metodologia ISBAR, nos momentos de transição de cuidados na UCICOR. Com recurso à observação direta dos momentos de transição de cuidados da equipa de enfermagem, ao acompanhamento integral dos doentes nos turnos de trabalho e à recolha de impressões

informais junto dos enfermeiros da UCICOR, foi elaborado um instrumento padronizado de passagem de turno, com recurso à metodologia ISBAR e devidamente adaptado ao contexto de trabalho e focos de interesse da UCICOR. Foi realizada uma sessão formativa para a equipa de enfermagem, de forma a dar a conhecer a metodologia ISBAR, o instrumento elaborado e o início da sua utilização, assim como a norma da DGS relativa à temática, sensibilizando a equipa para o momento da transmissão de informações, abordando questões relacionadas com a transição de cuidados.

RESULTADOS

Com vista ao cumprimento do objetivo previamente traçado, que era a implementação da metodologia ISBAR nos momentos de transição de cuidados na UCICOR foi então construído um instrumento padronizado (figura 1), seguindo toda a metodologia ISBAR, tendo em conta os aspetos referidos na metodologia, como a observação dos momentos de transição de cuidados, o acompanhamento integral dos doentes ao longo dos turnos de trabalho e as considerações informais dos enfermeiros da UCICOR, assim como as sugestões proferidas na sessão formativa onde foi apresentado o referido instrumento.

Figura 1. Instrumento Padronizado para transição de cuidados na UCICOR

O instrumento padronizado, conforme supracitado foi elaborado seguindo toda a metodologia ISBAR. É um instrumento que permite a sua utilização em 6 turnos (Noite, Manhã, Tarde, Noite, Manhã e Tarde), findados estes 6 turnos as informações relativas a avaliações e recomendações ainda pertinentes no momento para o doente deverão transitar para nova folha constando no campo das intercorrências devidamente datadas. É de referir que as informações constantes no instrumento padronizado estarão sempre em constante atualização de turno para turno, consoante o estado do doente.

Conforme as diretrizes da metodologia ISBAR assim o indicam, devem ser incorporadas na informação a transitar as informações relativas à Identificação (*Identification*), Situação Atual/Causa (*Situation*), Antecedentes/Anamnese (*Background*), Avaliação (*Assessment*) e Recomendação (*Recommendation*) (Direção-Geral da Saúde, 2017). Nesse sentido o resultado final deste instrumento padronizado resulta inicialmente num cabeçalho onde constam as informações relativas à **Identificação, Situação Atual/Causa e Antecedentes/Anamnese**. Conforme a técnica ISBAR e a DGS (2017) preconiza nestas informações consta então: o nome do doente, a idade, a data, hora e motivo de admissão, os antecedentes pessoais, o diagnóstico, a pessoa significativa e cuidador informal se existente, o número da cama, o grau de dependência prévia das atividades de vida do doente, alergias, situação social, a existência de diretivas antecipadas de vontade e questões relativas a mecanismos de controlo de infeção, assim como o tipo de medidas de isolamento, o microorganismo causador de infeção ou colonização, o local e a data da colheita de culturas.

Após o cabeçalho surge um quadro que corresponde já ao campo da **Avaliação**, onde surgem informações sobre: o estado de orientação e consciência do doente, a existência de défices sensoriais, os acessos venosos e respetivas perfusões, a existência de feridas, a sua etiologia, local, características, tratamento e a data de realização do mesmo, a realização de levantar, ida ao duche ou repouso no leito, a presença de défices neurológicos como plégias ou parésias, a dieta, a necessidade de avaliações de glicémia capilar, a presença de sonda nasogástrica e a data da sua troca, questões relativas à eliminação urinária e intestinal, assim como a presença de algália, a presença de risco de queda ou necessidade de contenção física, a necessidade de oxigenoterapia, ventilação não invasiva ou invasiva e respetivos parâmetros, a necessidade de aspiração de secreções, traçado cardíaco, linha arterial, *pacemaker* provisório, definitivo ou cardioversor desfibrilhador implantável, as características da pele e questões relativas ao cateterismo cardíaco como dia, hora, via de acesso, tratamento e lesões não tratadas.

Este quadro de avaliação corresponde a uma avaliação geral do doente, devendo ser atualizado em todos os turnos e sempre que se altere uma das condições atuais do doente, porém existe um quadro relativo à avaliação por turno, de forma a que se possa perceber as alterações ao longo dos turnos. Nas avaliações em todos os turnos, constam informações de sinais vitais, valores de glicémia capilar e administração de insulina, grau de dispneia, aspiração de secreções e suas características, a eliminação intestinal e vesical e respetiva diurese, traçado cardíaco e a presença de TrBand ou introdutor arterial femoral. Existe ainda um espaço livre para que o enfermeiro possa escrever as ocorrências significativas durante o turno. Para além do campo da avaliação, por turno consta também o campo da **Recomendação** com informações sobre análises, exames e consultas futuras e ainda um espaço livre para a escrita de recomendações futuras acerca de atitudes terapêuticas e plano de cuidados relativos ao doente ou seu cuidador informal.

Após o momento formativo iniciou-se a utilização deste instrumento padronizado, sendo deixado toda a informação relativa ao projeto em formato digital, para todos os enfermeiros que não tiveram possibilidade de comparecer na sessão de formação, e realizadas formações informais sempre que necessário nos momentos de transição de cuidados, de modo a incluir todos os enfermeiros na utilização do respetivo instrumento. De modo geral a equipa de enfermagem mostrou-se agradada com a sessão formativa e com a metodologia ISBAR aplicada no instrumento, pois tornou mais organizada e sistematizada a passagem de informação nos momentos de transição de cuidados. É de realçar que o referido instrumento não é limitador de informação e está sempre em constante reformulação, de acordo com as necessidades dos enfermeiros da UCICOR, de modo a torna-lo o mais funcional possível e adaptando o mesmo ao contexto sempre que necessário, conforme preconiza a metodologia ISBAR.

A avaliação da eficácia do instrumento quando à implementação da metodologia ISBAR, será feita de forma faseada ao fim de 3 meses, a contar do início do uso do instrumento padronizado nas passagens de turno na UCICOR. Para o efeito foi criado um instrumento de avaliação com base no modelo explicativo da técnica ISBAR da DGS. Com recurso ao instrumento criado, serão observadas aleatoriamente 5 passagens de turno da UCICOR e feito o preenchimento do referido instrumento de avaliação, verificando a existência de conformidade absoluta de todos itens do instrumento. Como a DGS (2017) preconiza em virtude do PNSD (2015), que todos os serviços de saúde em Portugal devem atender à metodologia ISBAR, todos os itens deverão estar em conformidade para se verificar a correta implementação da mnemónica ISBAR. Caso exista algum item que não esteja em conformidade com a metodologia ISBAR, o mesmo deve ser objeto de reflexão, levando à

implementação de medidas corretivas e às respetivas adaptações no instrumento padronizado, sendo posteriormente repetida a avaliação findados 3 meses da respetiva implementação das medidas corretivas.

CONCLUSÃO

A comunicação eficaz é um fator significativo na manutenção da segurança do doente, promovendo uma atitude profissional e facilitando a colaboração entre os profissionais de saúde (Nagammal, Nashwan, Nair, & Susmitha, 2016). Os momentos de transição de cuidados entre profissionais de saúde como os enfermeiros, são processos complexos que quando aplicados de forma incorreta, podem abarcar um défice na qualidade dos cuidados prestados ao doente, para além dos riscos de segurança inerentes (Rodríguez, et al., 2018), pelo que é importante a existência de ferramentas de comunicação partilhada como o ISBAR, para melhorar a comunicação entre os vários profissionais de saúde, diminuindo a perda de informações e melhorando a segurança do doente crítico (Di Delupis, Mancini, di Nota, & Pisanelli, 2014).

Os doentes críticos são doentes que devido ao seu estado de saúde podem tornar-se instáveis em muito pouco tempo, pelo que revela-se primordial que as unidades que contenham esta tipologia de doentes, principalmente as UCI, não só adquiram como otimizem constantemente as suas ferramentas de transição de cuidados, de modo a ir de encontro às necessidades dos doentes, evitando informações incompletas, incoerentes ou mesmo a omissão das mesmas, para que não se coloque em causa a segurança do doente (Spooner, et al., 2017).

A implementação da metodologia ISBAR na UCICOR ocorreu no sentido de otimizar e melhorar o processo de transição de cuidados nas passagens de turno da equipa de enfermagem, deixando de parte o anterior método de transmissão de informação, que pela sua pouca organização e sistematização estava propenso à existência de omissões de informações, que em certos casos podiam colocar em causa a segurança do doente, assim como a resposta gerada em situações de emergência seria menos eficiente.

Nesse sentido considera-se que a metodologia ISBAR contribuirá para uma resposta mais atempada em situações emergentes na UCICOR, assim como ajudará na redução de

eventos adversos, aumentando a segurança do doente e melhorando a qualidade dos cuidados prestados ao mesmo.

O recurso à mnemónica ISBAR, ainda que nesta fase inicial e embrionária transparece uma maior organização e sistematização dos momentos de transição de cuidados na UCICOR, pelo que o sucesso na sua implementação é desejável que possibilite a sua adaptação para outros contextos no serviço de cardiologia, como a enfermaria e o laboratório de hemodinâmica, e a longo prazo para outros serviços do CHS, pois devido à simplicidade da metodologia ISBAR, o instrumento padronizado construído é facilmente adaptável, pois apesar de seguir uma metodologia, caracteriza-se pela sua flexibilidade e adaptabilidade a cada contexto (Spooner, et al., 2016), podendo ser utilizada inicialmente e adaptada ao contexto de prestação de cuidados (Rodríguez, et al., 2018), assumindo-se assim adequada para muitos ambientes de saúde, em particular quando é necessária uma comunicação interpessoal clara e eficaz (Muller, et al., 2018).

Em suma, a metodologia ISBAR, aplicada nos momentos de transição de cuidados em saúde, caracteriza-se por ser uma técnica de comunicação simples e eficaz, que permite a passagem de informação seguindo uma sequência organizada e lógica, melhorando significativamente os aspetos comunicacionais, provando melhorar e promover a segurança do doente (Nagammal, Nashwan, Nair, & Susmitha, 2016).

BIBLIOGRAFIA

- Colvin, M., Eisen, L., & Gong, M. (2016). Improving the Patient Handoff Process in the Intensive Care Unit - Keys to Reducing Errors and Improving Outcomes. *Semin Respir Crit Care Med*, pp. 96-106.
- Di Delupis, F., Mancini, N., di Nota, T., & Pisanelli, P. (2014). Pre-hospital/emergency department handover in Italy. *Internal and Emergency Medicine*, 63 - 72.
- Diário da República. (18 de Fevereiro de 2011). Diário da República, 2.^a série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa, Portugal.
- Diário da República. (10 de Fevereiro de 2015). Diário da República, 2.^a série — N.º 28 — 10 de fevereiro de 2015. *Despacho n.º 1400-A/2015 - PLANO NACIONAL PARA A SEGURANÇA DOS DOENTES 2015-2020*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.

- Direção-Geral da Saúde. (8 de 2 de 2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. *Norma nº 001/2017 de 08/02/2017*. Lisboa, Portugal: Serviço Nacional de Saúde.
- Graan, S., Botti, M., Wood, B., & Redley, B. (2015). Nursing handover from ICU to cardiac ward: Standardised tools to reduce safety risks. *Australian Critical Care*, 165-171.
- Kohn, L., Corrigan, J., & Donaldson, M. (2000). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, D.C.: Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine.
- Lee, S., Phan, P., Dorman, T., Weaver, S., & Pronovost, P. (2016). Handoffs, safety culture, and practices: evidence from the hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Services Research*, pp. 16-25.
- Melo, C. (Outubro de 2013). A importância do "handoff" na segurança do paciente. *Revista de enfermagem UFPE on line*.
- Muller, M., Jurgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W., & Stock, S. (2018). Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ Open*, 1 - 10.
- Nagammal, S., Nashwan, A., Nair, S., & Susmitha, A. (2016). Nurses' perceptions regarding using the SBAR tool for handoff communication in a tertiary cancer center in Qatar. *Journal of Nursing Education and Practice*, 103 - 110.
- Rodríguez, G., Fernández, M., Vidal, F., Arias, M., Peña, M., Ayerdi, B., . . . Delgado, M. (2018). Handover in Intensive Care. *Medicina Intensiva*, 168 - 179.
- Santos, A., & Ferrão, S. (Janeiro de 2015). Comunicação Efetiva na Transferência da Pessoa em Situação Crítica - Revisão da Literatura. *Research Gate*.
- Santos, M., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T., & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, pp. 47 - 57.
- Spooner, A., Aitken, L., Corley, A., & Chaboyer, W. (2017). Developing a minimum dataset for nursing team leader handover in the intensive care unit: A focus group study. *Australian Critical Care*, 47-52.
- Spooner, A., Aitken, L., Corley, A., Fraser, J., & Chaboyer, W. (2016). Nursing team leader handover in the intensive care unit contains diverse and inconsistent content: An observational study. *International Journal of Nursing Studies*, 165 - 172.
- Staggers, N., & Blaz, J. (2012). Research on nursing handoffs for medical and surgical settings: an integrative review. *JOURNAL OF ADVANCED NURSING*, 247-262.

The Joint Commission; The Joint Commission International; Organização Mundial de Saúde. (Maio de 2007). Communication During Patient Hand-Over. *Patient Safety Solutions*, pp. 1 - 4.

APÊNDICE O – Check-list de material e equipamentos necessários para evacuação da UCICOR

Check –list de material e equipamentos necessários para evacuação da UCICOR

Material/Equipamento	Cama 1	Cama 2	Cama 3	Cama 4	Cama 5	Cama 6
Ventilador mecânico portátil						
Ventilador não invasivo portátil						
Seringa infusora						
Bomba infusora						
Bala de O2						
Aspirador de secreções portátil						
Cardiodesfibrilhador portátil						
Monitor cardíaco portátil						
Bateria de Pacemaker Provisório						
Medicação vasoativa						
Medicação de sedação						
Medicação curarizante						
Equipamento de Balão Intra-aórtico						
Ordem de evacuação*						

Tabela 4. Check –list de material e equipamentos necessários para evacuação da UCICOR

(Colocar em cada espaço respetivo a quantidade necessária do material/equipamento respetivo)

*(colocar a ordem de evacuação desde o 1º doente a ser evacuado até ao 6º doente, estabelecendo a ordem de prioridades de evacuação)

Grau de prioridade de evacuação	
1º Lugar	Doentes conscientes; Sem necessidade de ventilação mecânica;

	Sem necessidade de medicação vasoativa.
2º Lugar	Doentes conscientes; Doentes com oxigenoterapia por máscara, ou com ventilação mecânica invasiva, com FiO ₂ inferior a 50% e PEEP inferior a 7cm H ₂ O; Doentes com necessidade de catecolaminas (adrenalina ou noradrenalina) inferior a 0,5 mcgr/kg/min.
3º Lugar	Doentes inconscientes; Doentes com necessidade de sedação ou com dano neurológico grave (Glasgow inferior a 5 pontos); Doentes com necessidade de ventilação mecânica com elevadas concentrações de oxigénio (FiO ₂ entre 50%-80%) ou com PEEP entre 8 – 10 cm H ₂ O; Doentes com necessidade de doses elevadas de catecolaminas (adrenalina ou noradrenalina), entre 0,5 e 1 mcgr/kg/min, ou com índice cardíaco superior a 1,8 l/min/m ² ou necessidade de balão de contra-pulsção.
4º Lugar	Doentes inconscientes; Doentes com necessidade de sedação ou com dano neurológico grave (Glasgow inferior a 5 pontos); Doentes com falência respiratória grave, com necessidade de ventilação mecânica com elevadas concentrações de oxigénio (FiO ₂ superior a 80%) ou com PEEP superior a 10 cm H ₂ O; Doentes com necessidade de doses elevadas de catecolaminas (adrenalina ou noradrenalina), superiores a 1 mcgr/kg/min; Doentes em morte cerebral.

Tabela 5. Grau de Prioridade de Evacuação adaptado de Sánchez-Palacios et al. (2009)

ANEXOS

ANEXO I - Instrumento de Avaliação da Sessão de Formação “Transição Segura de Cuidados do Doente Crítico”

Instrumento de avaliação da sessão de formação

1. IDENTIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO																			
Designação Ciclo Formativo																			
Designação Ação																			
Data(s)																			
Duração																			
Modalidade	Inicial	<input type="checkbox"/>	Contínua	<input type="checkbox"/>	Serviço	<input type="checkbox"/>	Outra	<input type="checkbox"/>											
2. APRECIÇÃO GLOBAL DA AÇÃO																			
A sua opinião é importante para garantir a qualidade da formação promovida pelo CHS. Neste contexto, considerando a classificação abaixo indicada, avalie cada item introduzindo o número correspondente.																			
Insuficiente - 1			Suficiente - 2			Bom - 3		Muito bom - 4											
AVALIAÇÃO DA AÇÃO																			
Divulgação da formação																			
Apoio administrativo (inscrições e informações)																			
Utilidade do tema																			
Objetivos da ação																			
Conteúdos/ Estrutura da ação																			
Duração da ação																			
Instalações (espaço físico, mobiliário...)																			
Equipamentos e meios audiovisuais																			
<table border="1" style="width: 100%; height: 100px;"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>																			
AVALIAÇÃO DO FORMADOR																			
Domínio dos conteúdos																			
Clareza da linguagem																			
Esclarecimentos de dúvidas																			
Capacidade de motivação																			
Relacionamento com os formandos																			
Adequação do método pedagógico																			
Cumprimento de horários																			
Documentação de apoio																			
APRECIÇÃO GLOBAL																			
A ação de formação terá impacto positivo ao nível do seu desempenho? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>																			
Justifique _____																			

Sugestões/ observações:

ANEXO II - Modelo explicativo da técnica ISBAR

Modelo explicativo da técnica ISBAR, segundo a DGS (2017a)

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

ANEXO III - Certificado de Participação na Formação “Investigação na prática clínica”



Declaração

Para os devidos efeitos e a pedido do/a interessado/a, declara-se que **Hélder André Vermelho Saias**, titular do N.º Identificação Civil **13866979**, válido até **07-04-2028**, frequentou as seguintes Ações de Formação Contínua:

- **Investigação na Prática Clínica**, que decorreu no dia 03 de dezembro de 2018 com a duração de 3 horas.

Setúbal, 25 de fevereiro de 2019

A Responsável do Serviço de Gestão da Formação

CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E.
HOSPITAL S. BERNARDO
Serviço de Gestão da Formação Contínua
Rua Camilo Castelo Branco
2010-119 SETÚBAL
MARIA PAULA RODRIGUES

**ANEXO IV - Certificado de Participação na Formação
“Noções Básicas de Eletrocardiografia”**



Declaração

Para os devidos efeitos e a pedido do/a interessado/a, declara-se que **Hélder André Vermelha Saias**, titular do Nº Identificação Civil **13866979**, válido até **07-04-2028**, frequentou as seguintes Ações de Formação Contínua:

- **Noções Básicas de Eletrocardiografia para Enfermeiros**, que decorreu no dia **07 de novembro de 2018** com a duração de **8 horas**.

Setúbal, 25 de fevereiro de 2019

? A Responsável do Serviço de Gestão da Formação

CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E.
HOSPITAL S. BERNARDO
Rua do Hospital de Santiago 0270
La Gemão Castelo Branco
2010-116 SETÚBAL
MARIA PAULA RODRIGUES

ANEXO V - Certificado de Participação no “Seminário de Catástrofe”



CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

A Fénix – Associação Nacional de Bombeiros e Agentes de Proteção Civil, certifica que Hélder André Vermelho Saias, participou no *Seminário Catástrofe*, que se realizou no Instituto Português do Desporto e Juventude Lisboa no dia 24 de Novembro de 2018 com 9 horas de duração.

Guimarães, 24 de Novembro de 2018



Fénix/ANBAPC



**ANEXO VI - Certificado de Participação na Formação
“Módulo IV – Controlo de Infeção”**



Declaração

Para os devidos efeitos e a pedido do/a interessado/a, declara-se que **Hélder André Vermelho Saias**, titular do N.º Identificação Civil **13866979**, válido até **07-04-2028**, frequentou as seguintes Ações de Formação Contínua Obrigatória:

- **Módulo IV – Controlo de Infeção**, que decorreu no dia 11 de dezembro de 2018 com a duração de 2 horas.

Setúbal, 25 de fevereiro de 2019

A Responsável do Serviço de Gestão da Formação



CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E.
HOSPITAL S. BERNARDO
RUA DO IMPÉRIO DO SANTÍSSIMO SACRAMENTO
2010-040 SETÚBAL

Maria Paula Rodrigues

ANEXO VII - Certificado de Participação na Formação “Módulo I – Plano de Emergência Interno”



Declaração

Para os devidos efeitos e a pedido do/a interessado/a, declara-se que **Hélder André Vermelho Saias**, titular do Nº Identificação Civil **13866979**, válido até **07-04-2028**, frequentou as seguintes Ações de Formação Contínua Obrigatória:

- **Módulo I - Plano de Emergência Interno**, que decorreu no dia 12 de dezembro de 2018 com a duração de 4 horas.

Setúbal, 25 de fevereiro de 2019

A Responsável do Serviço de Gestão da Formação
CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E.
HOSPITAL S. BERNARDO
RUA DO ESPÍRITO SANTO 1079
2010-440 SETÚBAL
Maria Paula Rodrigues

ANEXO VIII - Certificado de Suporte Básico de Vida



European Resuscitation Council vzw
Emile Vanderveldelaan 35
BE-2845 Niel - Belgium

Helder André Vermelho Saias

23/03/1991

received the ERC qualification

Basic Life Support (BLS)

in Évora, Portugal

Maria Do Céu Mendes Pinto MARQUES

Course Director



Date last course: 10/05/2018

This certificate is valid from 10/05/2018 to 10/05/2023

To verify the validity of this certificate please visit <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> and enter ERC-769-650706

ANEXO IX - Certificado de Suporte Avançado de Vida



European Resuscitation Council vzw
Emile Vanderveldelaan 35
BE-2845 Niel - Belgium

Helder André Vermelho Saias

23/03/1991

received the ERC qualification

Advanced Life Support (ALS)

in Setúbal, Portugal

Miguel SANTOS
Course Director



Date last course: 30/06/2018

This certificate is valid from 30/06/2018 to 30/06/2023

To verify the validity of this certificate please visit <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> and enter ERC-376-174791

ANEXO X - Certificado de *International Trauma Life Support*



ITLS
International
Trauma Life Support

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

Certificate of Participation

Helder Saias, RN

**has completed the
Advanced Provider Course**

date
9/23/2018

course site
IPS, Setubal,

course director
Luis Cardoso MD

course coordinator
Luis Figueiredo RN



ITLS
International
Trauma Life Support

Improving Trauma Care Worldwide

This continuing education activity is approved by the Commission on Accreditation for Pre-Hospital Continuing Education (CAPCE).

Continuing Education Hours: 16.00 Course #: 17-ITLS-P2-AP12 CEH Type: Advanced

You have participated in a continuing education program that has received CAPCE approval for continuing education credit. If you have any comments regarding the quality of this program and/or your satisfaction with it, please contact CAPCE at: 12300 Ford Road, Suite 350, Dallas, Texas 75234 - 972-247-4442 - jscott@capce.org

CE Provider: International Trauma Life Support (Provider No. ITLS0028)

Card Holder's Signature

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

International Trauma Life Support
3000 Woodcreek Drive, Suite 200
Downers Grove, IL 60515 www.itrauma.org



ITLS 274287-33822
International
Trauma Life Support

Helder Saias, RN

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

Card Issue Date 9/23/2018 Expiration Date 09/2021

Course Number 33822 Course Location IPS, Setubal,

ANEXO XI - Ficha de Realização de Estágio em Meios INEM – SIV



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Helder André Carmello Saiz

OBJECTIVOS: _____

Coordenador do Estágio: _____

Data: 09/10/2018 Turno: Manhã Tarde Meio: _____

Nº DE ACTIVAÇÕES: Doença Súbita: Trauma: Outras: Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário Helder Saiz

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Jana Rafael Carvalho Luis

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

O Helder mostrou-se muito interessado em conhecer as rotinas da equipa SIV e participou activamente nos serviços realizados por esta equipa.
Apresenta uma postura calma e asséptica, tendo colaborado com a equipa na prestação de cuidados às vítimas.

ANEXO XII - Ficha de Realização de Estágio em Meios INEM – VMER



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: *Helder André Varmello Soares*

OBJECTIVOS:

Coordenador do Estágio: *+*

Data: *2016118* Turno: Manhã Tarde Meio: *VMER*

Nº DE ACTIVAÇÕES: Doença Súbita: Trauma: Outras: Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário

Helder André Varmello Soares

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

Nuno Silva

OBSERVAÇÕES

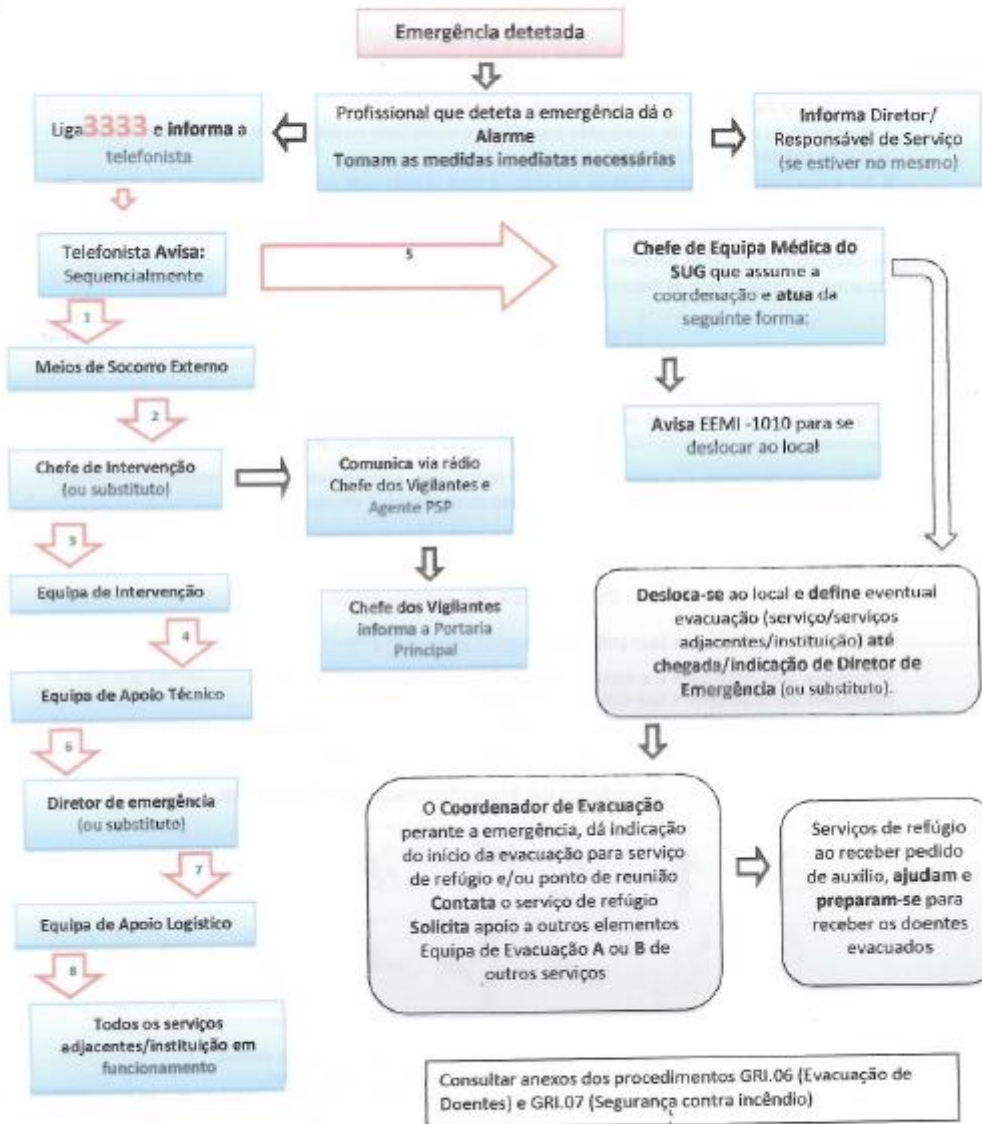
ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

ANEXO XIII – Fluxograma de Atuação perante Emergência/Catástrofe Interna no HSB

PLANO EMERGÊNCIA INTERNO DO HSB

Fluxograma de Atuação perante Emergência/Catástrofe Interna no HSB



Anexo 2 – Procedimento de atuação perante Emergência/Catástrofe Interna (PEI) GRI.02_Vs06

