



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Comunicar para Cuidar: Contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica para a Transição Segura de Cuidados

Ana Luísa Rodrigues de Brito

Orientação: Professora Margarida Malcata

Coorientação: Professora Doutora Ana Lúcia Ramos

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Comunicar para Cuidar: Contributo do
Enfermeiro Especialista em Enfermagem
de Saúde Infantil e Pediátrica para a
Transição Segura de Cuidados**

Ana Luísa Rodrigues de Brito

Orientação: Professora Margarida Malcata

Coorientação: Professora Doutora Ana Lúcia Ramos

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Comunicar para Cuidar: Contributo do
Enfermeiro Especialista em Enfermagem
de Saúde Infantil e Pediátrica para a
Transição Segura de Cuidados**

Ana Luísa Rodrigues de Brito

Júri

Presidente: Professora Ana Paula Gato

Arguente: Professora Gabriela Calado

Orientador: Professora Margarida Malcata

Portalegre, 2020

AGRADECIMENTOS

A todos os Enfermeiros, que orientaram o meu percurso formativo e que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional

À professora Ana Lúcia Ramos, pela disponibilidade, orientação e pelas doces palavras que me confortaram nos momentos mais difíceis.

À professora Margarida Malcata, pela tranquilidade, disponibilidade e orientação durante este percurso.

À minha Chefe, uma líder, um exemplo a seguir, que me apoiou e me motivou para abraçar este projeto.

Às minhas Colegas de trabalho, que facilitaram as minhas ausências no serviço e me deram sempre uma palavra de coragem.

Ao Gonçalo Rodrigues, que me inspirou, que me apoiou, que partilhou emoções comuns às minhas nos momentos difíceis, que realizou “escuta ativa” através das longas conversas telefónicas, que terminavam com um sorriso na cara e com um pensamento positivo.

Aos meus Amigos, por me terem acompanhado nesta caminhada sempre com boa disposição, proporcionando-me momentos de descontração e risadas sem fim.

Aos meus Pais, por acreditarem em mim, por me incentivarem, pelo apoio incondicional, a quem devo tudo o que sou. Obrigada pelo “colo” e pelo amor que me deram nos momentos mais difíceis e que continuam a dar.

A todos, o meu mais profundo obrigado!

RESUMO

A comunicação efetiva em enfermagem na transição de cuidados de saúde é uma prática profissional centrada no trabalho em equipa e considerada como um elemento chave para a segurança e qualidade dos cuidados. A relação entre uma adequada comunicação e a melhoria dos resultados em saúde tem sido claramente evidenciada ao longo dos últimos 20 anos, no entanto, a realidade atual mostra que as falhas de comunicação continuam a existir e a constituir-se como a principal causa de erros/eventos adversos nos serviços de saúde que comprometem a segurança das pessoas.

A forma como se comunica é um processo complexo, exigindo uma especial atenção por parte dos enfermeiros para compreendê-lo e adotarem estratégias que promovam a efetividade da comunicação na transição de cuidados de saúde, nomeadamente na população pediátrica, que pelas suas características específicas apresentam um maior risco de ocorrência de incidentes durante a prestação de cuidados, quando comparada à do adulto.

A utilização de ferramentas padronizadas é recomendada a nível mundial pelas organizações de saúde e tem sido considerada como a melhor estratégia para a efetividade da comunicação e conseqüente prevenção e minimização de erros/eventos adversos decorrentes da prestação de cuidados de saúde.

O presente relatório pretende espelhar todo o percurso formativo e reflexivo desenvolvido em contexto de estágio no âmbito da aquisição e desenvolvimento de competências de mestre, comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

A realização deste relatório permitiu-nos refletir sobre o percurso de aprendizagem e atividades realizadas, nomeadamente na área temática do projeto, inscrito na linha de investigação “Segurança e Qualidade de Vida”, dando resposta aos objetivos a que nos tínhamos proposto para a elaboração do presente trabalho.

Palavras-Chave: Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Segurança da Criança, Comunicação Efetiva

ABSTRAT

In nursing, effective communication in health care transition it's a professional skill focused on teamwork and it's considered a key element for safety and quality care. The connection between a proper communication and an improvement in healthcare results has been clearly proven throughout the last 20 years. However, today's reality shows that miscommunication still exists and has been considered the main cause of harmful events/mistakes in healthcare services that compromise people's safety.

The way we communicate it's a complicated process, demanding special attention from nurses to understand it and adopt strategies that promote communication effectiveness in health care transition, especially in pediatric population, that due to their specific characteristics present a larger incident occurrence during care rendering when compared to an adult.

The use of standard tools is recommended worldwide by healthcare organizations and it has been considered the best strategy for communication effectiveness and consequent prevention and minimization of harmful events/mistakes in healthcare services.

The present report intends to mirror the training and reflective path developed in an internship context in the scope of acquiring and developing common and specific master nurse competences in the child health and pediatric nursing area.

The execution of this report has allowed us to reflect about the learning path and performed activities, namely in the project thematic area, enrolled in the investigation line "Safety and Quality of Life", responding to the goals that we had set for the elaboration of the present work.

Keywords: Pediatrics Nurse, Child Safety, Effective Communication

ÍNDICE DE FÍGURAS | ANEXOS | APÊNDICES

FIGURAS	32
Figura 1: Processo de Passagem de Turno.....	32
ANEXOS	CXXIV
ANEXO I – Modelo Explicativo da Técnica ISBAR.....	CXXV
APÊNDICES	CXXVI
APÊNDICE I – Questionários de Aplicação à Equipa de Enfermagem da UCSP.....	CXXVII
APÊNDICE II – Análise dos Resultados dos Questionários aplicados à equipa de enfermagem da UCSP.....	CXXX
APÊNDICE III – Diapositivos da Reunião Formal sobre “ISBAR: Comunicar para Cuidar”.....	CXXXIII
APÊNDICE IV – Resumo do Artigo Científico: “A importância da comunicação efetiva na transição de cuidados para a segurança da criança e jovem: <i>uma revisão integrativa da literatura</i> ”.....	CXXXVIII
APÊNDICE V – Pedido de Autorização à Autora para utilização do Questionário Intitulado de “Questionário sobre a Prática de Passagem de Turno de Enfermagem”.....	CXXXIX
APÊNDICE VI – Pedido de Autorização ao Diretor Clínico e Enfermeira Responsável do SUP para Aplicação dos Questionários à Equipa de Enfermagem.....	CXL
APÊNDICE VII – Consentimento Informado para os Participantes.....	CXLVIII
APÊNDICE VIII – Questionário de Aplicação à Equipa de Enfermagem do SUP.....	CXLIX

APÊNDICE IX – Análise dos Resultados dos Questionários aplicados à Equipa de Enfermagem do SUP.....CLIII

APÊNDICE X – Proposta de “Passagem de Turno” em suporte de papel, adaptada ao contexto de SUP.....CLIX

ABREVIATURAS E SIGLAS

AAP – Academia Americana de Pediatria

APA – *American Psychological Association*

BIS – Boletim Individual de Saúde

CCF – Cuidados Centrados na Família

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CNT – Cuidados Não Traumáticos

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral da Saúde

ECTS – *European Credit Transfer System*

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ELI – Equipa Local de Intervenção Precoce na Infância

ESS – Escola Superior de Saúde

FACE – Folha de Articulação de Cuidados de Enfermagem

HAP – Hospital de Apoio Perinatal

HAPD – Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IOM – *Institute Of Medicine*

IPS – Instituto Politécnico de Setúbal

ISBAR – Identificação, Situação Atual, Antecedentes, Avaliação e Recomendações

MS – Ministério da Saúde

NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Programa Nacional de Vacinação

PT – Passagem de Turno

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RN – Recém-Nascido

RNPT – Recém-Nascido Pré-Termo

SBAR – *Situation, Background, Assessment, Recommendation*

SIP – Serviço de Internamento de Pediatria

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

TIP – Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico

TJC – *The Joint Commission*

UC – Unidade Curricular

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UNICEF – *United Nations International Children's Emergency Fund*

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	13
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL: COMUNICAÇÃO EFETIVA NA TRANSIÇÃO SEGURA DE CUIDADOS DA CRIANÇA, JOVEM E FAMÍLIA	19
1.1. QUALIDADE E SEGURANÇA DOS CUIDADOS EM PEDIATRIA	20
1.2. COMUNICAÇÃO EFETIVA EM ENFERMAGEM	24
1.3. TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE.....	28
1.3.1. <i>Abordagem Padronizada da Comunicação através da Metodologia de ISBAR.....</i>	<i>31</i>
1.4. TEORIA DOS SISTEMAS DE BETTY NEUMAN	36
2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PERCURSO DE APRENDIZAGENS	40
2.1. MODELOS E TEORIAS DO CUIDAR EM PEDIATRIA	40
2.2. METODOLOGIA DE PROJETO.....	44
2.3. PROJETO: PROMOÇÃO DA COMUNICAÇÃO EFETIVA PARA A TRANSIÇÃO SEGURA DE CUIDADOS DA CRIANÇA/JOVEM E FAMÍLIA	47
2.4. CONTEXTOS CLÍNICOS DE ESTÁGIO.....	48
2.4.1. <i>UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS.....</i>	<i>50</i>
2.4.1.1. <i>Objetivos específicos e atividades desenvolvidas</i>	<i>53</i>
2.4.1.2. <i>Reflexão sobre as aprendizagens</i>	<i>55</i>
2.4.2. <i>UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS</i>	<i>63</i>
2.4.2.1. <i>Objetivos específicos e atividades desenvolvidas.....</i>	<i>68</i>
2.4.2.2. <i>Reflexão sobre as aprendizagens.....</i>	<i>70</i>
2.4.3. <i>SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA</i>	<i>75</i>
2.4.3.1. <i>Objetivos específicos e atividades desenvolvidas</i>	<i>78</i>

2.4.3.2.	<i>Reflexão sobre as aprendizagens</i>	80
2.4.4.	SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA	85
2.4.4.1.	<i>Objetivos específicos e atividades desenvolvidas</i>	88
2.4.4.2.	<i>Reflexão sobre as aprendizagens</i>	91
3.	ANÁLISE REFLEXIVA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO EEESIP E DE MESTRE	98
3.1.	COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E DE MESTRE	100
3.2.	COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA	106
4.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
	REFERÊNCIAS	114

0. INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, ministrado pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal em associação com a Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco e Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre.

Inserido na Unidade Curricular de Relatório, o documento apresentado visa espelhar de uma forma reflexiva todo o percurso formativo e académico realizado nos diferentes contextos clínicos que permitiu a aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP). Pretende-se com o produto final deste percurso obter o título de EEESIP e alcançar o Grau de Mestre em Enfermagem após aprovação e discussão deste relatório nas provas de defesa pública.

Todo o percurso de desenvolvimento de conhecimentos e aquisição de competências teve por base os objetivos gerais inseridos no ciclo de estudos do curso de Mestrado em Enfermagem, de seguida apresentados (Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde [IPS-ESS], 2018b, pág. 1 e 2):

- “Desenvolver conhecimentos e competências para a intervenção especializada num domínio de enfermagem, evidenciando em níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde”;
- “Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e aos referenciais éticos e deontológicos”;
- “Capacitar para a governação clínica, a liderança de equipas e de projetos bem como para a supervisão e gestão dos cuidados nos diferentes contextos da prática clínica”;
- “Contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada”.

De forma a atingir os objetivos supracitados, foram realizados os estágios referentes à Unidade Curricular (UC) de Estágio I e à Unidade Curricular de Estágio Final em diferentes contextos clínicos, que contribuíram para o desenvolvimento e aquisição de competências do enfermeiro especialista, do EEESIP e de mestre na área específica de saúde infantil e pediátrica, fundamentais para a prestação de cuidados de nível avançado, com segurança e competência de modo a dar resposta às necessidades da criança, jovem e família, ao longo do seu ciclo de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

O relatório pretende também descrever um projeto de intervenção que integra a linha de investigação “Segurança e Qualidade de Vida”, com uma temática transversal a todos os contextos de saúde e doença da criança/jovem e família, respeitando as diferentes fases que compõem a metodologia de projeto desenvolvida por Ferrito, Nunes, & Ruivo (2010). De ressaltar, que projetos desta natureza se baseiam no conhecimento teórico para posterior aplicação na prática clínica e surgem de um interesse pessoal ou de uma preocupação que inquieta os intervenientes, com o intuito de estudar e resolver um problema existente (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

O projeto de intervenção, que se intitula de “Promoção da Comunicação Efetiva para a Transição Segura de Cuidados da Criança/Jovem e Família”, foi desenvolvido no âmbito das Unidades Curriculares anteriormente mencionadas, que decorreram de 14 de maio a 22 de junho de 2018 e de 17 de setembro de 2018 a 18 de janeiro de 2019 e tem como objetivo geral: aumentar a qualidade da comunicação dos enfermeiros na transição de cuidados de saúde da criança/jovem e família nos contextos de saúde e de doença, e como específicos: sensibilizar a equipa de enfermagem sobre a temática da comunicação efetiva na transição de cuidados de saúde; analisar os processos de comunicação da equipa de enfermagem durante a transferência do cuidado; e propor estratégias para melhorar os processos de comunicação nos momentos de transição de cuidados, adequadas aos contextos clínicos.

A escolha da temática do projeto surge de um interesse pessoal e como uma preocupação, que impulsionou a necessidade de aprofundar conhecimentos teóricos na área da comunicação nos momentos de transição de cuidados de enfermagem, tendo em conta a nossa experiência profissional de 14 anos no campo de intervenção de saúde infantil e pediátrica em contexto hospitalar. Baseando-nos na evidência científi-

ca encontrada sobre este tema e transportando-a para a nossa prática, foi nos possível, através de uma análise reflexiva, identificar diversos fatores que podem influenciar a efetividade da comunicação e consequentemente comprometer a qualidade dos cuidados e a segurança da criança/jovem e família, nomeadamente durante a passagem de turno, que tem sido reconhecida como um dos momentos de transferência de cuidados que ocorre mais frequentemente, contribuindo para o aumento da ocorrência de erros/eventos adversos associados à prestação de cuidados de saúde (The Joint Commission, 2017).

Para que o processo de comunicação ocorra de forma efetiva, é fundamental que os enfermeiros detenham habilidades e competências comunicacionais que promovam a transmissão de informações de uma forma clara e organizada, visando reduzir a possibilidade de ocorrência de erros e aumentar a segurança da pessoa que necessita de cuidados. A utilização de ferramentas padronizadas tem sido amplamente investigada e recomendada pelas organizações de saúde a nível mundial por forma a melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde, no entanto, o que é claro na evidência atual, é que as falhas de comunicação continuam a ocorrer e a comprometer a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde. Atualmente, as falhas de comunicação representam a principal causa de ocorrência de erros/eventos adversos nos serviços de saúde, pelo que se tornou fundamental, enquanto enfermeiros hoje e no futuro como EEESIP's, investigar este fenómeno com o intuito de obter um maior grau de conhecimentos e desenvolvermos projetos de melhoria contínua da qualidade nesta área de intervenção (Direção Geral da Saúde, 2017; The Joint Commission, 2017).

A forma como se comunica é um processo complexo, exigindo uma especial atenção por parte dos enfermeiros para compreendê-lo e adotarem estratégias que promovam a efetividade da comunicação na transição de cuidados de saúde, nomeadamente na população pediátrica, que pelas suas particulares características apresentam um risco três a quatro vezes maior de ocorrência de incidentes durante a prestação de cuidados, quando comparada à do adulto (Sistema Nacional de Saúde, 2018a; Silva, Anders, Rocha, Souza & Burciaga, 2016). Para além de um maior risco de incidentes, também se evidencia um maior impacto e gravidade destes, principalmente em contextos de especial complexidade, como é o caso dos internamentos prolongados e/ou unidades de cuidados intensivos (Fragata, 2011).

Os estágios foram realizados em quatro contextos clínicos distintos, garantindo a oportunidade de obtermos um maior número de experiências em todos os ambientes onde se prestam cuidados à criança/jovem e família, respeitando o pressuposto explanado na Matriz para análise dos planos de estudo dos CPLEE / Mestrados (Ordem dos Enfermeiros, 2018a; Ordem dos Enfermeiros, 2019a). No período compreendido entre 14 de maio e 22 de junho de 2018, com uma carga horária de 216h (IPS-ESS, 2018a), decorreu o Estágio I numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados. O Estágio Final, que decorreu no período entre 17 de setembro de 2018 e 18 de janeiro de 2019, com uma carga horária total de 648h (IPS-ESS, 2018b) foi desenvolvido em 3 módulos diferentes, nomeadamente, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Serviço de Internamento de Pediatria e por fim num Serviço de Urgência Pediátrica. Foi ainda possível, realizar dois turnos de observação nas Consultas de Pediatria, mais especificamente no Centro de Desenvolvimento da Criança e Consulta Externa de Pediatria, que contribuíram para a nossa aprendizagem pessoal e profissional.

A escolha dos locais de estágio nos diferentes níveis de cuidados teve em conta o nosso interesse pessoal e a necessidade de conhecer outras realidades, bem como a atuação do EEESIP nos diferentes contextos de saúde/doença da criança, jovem e família. O conjunto de conhecimentos adquiridos ao longo da nossa vida profissional e durante o período de formação académica, complementados com a nossa intervenção direta nos diferentes locais, foram fundamentais para a aquisição e desenvolvimento de novos conhecimentos e competências específicas da área de saúde infantil e pediátrica. A partilha de experiências, em conjunto com a reflexão crítica das práticas e as atividades desenvolvidas no âmbito do projeto por nós edificado, permitiu-nos deixar importantes contributos para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados em cada local de estágio.

Ao longo do presente relatório vão sendo evidenciados os principais pressupostos do cuidar em pediatria, como é o caso dos cuidados centrados na família (CCF), do modelo parceria de cuidados e dos cuidados não traumáticos (CNT), que sustentam a nossa atuação enquanto enfermeiros e todo o nosso processo de aquisição, mobilização e desenvolvimento de conhecimentos e competências do EEESIP. Para um adequado exercício profissional, que visa prestar cuidados de excelência e de alta qualidade, é também fundamental destacar alguns dos documentos, tais como o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), o Estatuto da Ordem

dos Enfermeiros, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, o Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica e a Carta da Criança Hospitalizada.

Ainda, de modo a alicerçar a nossa atuação enquanto futuros enfermeiros especialistas na área de saúde infantil e pediátrica e o projeto desenvolvido, decidimos utilizar a Teoria dos Sistemas de Betty Neuman, uma vez que para além de se basear numa abordagem holística do sistema-cliente, permite intervir nos três níveis de prevenção. O nosso projeto, que tem como foco principal a prestação de cuidados seguros e de alta qualidade à criança, jovem e família, pretende sensibilizar as equipas de enfermagem (sistema-cliente) para a adoção de melhores práticas baseadas na evidência científica mais atual. A tomada de decisão do enfermeiro que orienta a sua atividade profissional autónoma inclui uma abordagem sistémica e sistemática. No processo de tomada de decisão, o enfermeiro assume um importante papel na identificação dos problemas e das necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou grupo (unidade familiar e comunidade), no planeamento de intervenções de forma a evitar riscos, na deteção precoce de problemas e na resposta mais adequada ou minimização dos problemas/necessidades identificadas (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

A estrutura deste documento divide-se em três partes distintas: introdução, desenvolvimento e considerações finais. No presente capítulo referente à **introdução**, são apresentados os objetivos gerais do curso de mestrado em enfermagem, os objetivos do relatório, a identificação, justificação e motivo da escolha da temática, e os objetivos do projeto que foi desenvolvido no decurso da nossa aprendizagem académica e formativa; **desenvolvimento**, que se encontra dividido em três subcapítulos: o primeiro diz respeito à fundamentação teórica dos conceitos-chave que permitiram definir, fundamentar e identificar o fenómeno em estudo e é onde se aborda a Teoria dos Sistemas de Betty Neuman que norteou o nosso projeto; no segundo capítulo são apresentados os principais modelos do cuidar em pediatria, o projeto desenvolvido, onde se destaca a metodologia de projeto e a descrição e análise de todo o nosso caminho percorrido, desde os objetivos às atividades desenvolvidas no âmbito da aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEESIP e de mestre; o terceiro espelha de forma conclusiva uma análise reflexiva do desenvolvimento de competências de mestre, comuns do

enfermeiro especialista e específicas da área de saúde infantil e pediátrica. Por último, apresentamos as **considerações finais** onde é apresentada a síntese do percurso realizado e dos objetivos alcançados, tendo em conta os que inicialmente nos tínhamos proposto, terminando com o caminho futuro que pretendemos projetar.

Para garantir o anonimato das pessoas e organizações envolvidas, respeitando a Lei da proteção de dados pessoais (Lei nº 67/98 de 26 de outubro; Diretiva nº 95/46/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 24 de Outubro de 1995), neste documento não será referido o nome das instituições, nem dos enfermeiros envolvidos na orientação dos estágios clínicos.

Este relatório encontra-se formatado de acordo com os documentos de orientação facultados pelo Instituto Politécnico de Portalegre, redigido ao abrigo do acordo ortográfico vigente e referenciado segundo as normas da *American Psychological Association* (APA), na sua edição mais recente (6ª edição).

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL: COMUNICAÇÃO EFETIVA NA TRANSIÇÃO SEGURA DE CUIDADOS DA CRIANÇA, JOVEM E FAMÍLIA

A temática que impulsionou o desenvolvimento do presente relatório prende-se com a área da comunicação efetiva entre os enfermeiros nos momentos de transição de cuidados e como esta pode ser determinante para a segurança e qualidade dos cuidados. Apesar de ser um assunto muito investigado ao longo dos últimos 20 anos e atualmente com orientações bem definidas sobre as estratégias a adotar para que comunicação se processe de uma forma efetiva, a literatura demonstra que as falhas de comunicação que decorrem nos momentos críticos de transferência de cuidados de um profissional de saúde para outro continuam a existir e são a principal causa de ocorrência de erros e eventos adversos nos serviços de saúde, nomeadamente nos contextos de pediatria.

Atendendo aos escassos estudos existentes sobre este assunto na população pediátrica, realçamos que a probabilidade de ocorrer erros/eventos adversos durante a prestação de cuidados, principalmente em situação de internamento hospitalar seja três a quatro vezes maior, quando comparada à do adulto, associando-se este facto às suas características específicas relacionadas com a fragilidade, vulnerabilidade e condições particulares de crescimento e desenvolvimento infantil (SNS, 2018a; Silva, Anders, Rocha, Souza, & Burciaga, 2016). Para além da criança/jovem e família correrem um maior risco de incidentes decorrentes da prestação de cuidados de saúde, também a gravidade destes é maior, nomeadamente em contextos de especial complexidade, como é o caso dos internamentos prolongados e/ou unidades de cuidados intensivos (Fragata, 2011).

Considerando a dimensão e complexidade deste fenómeno no campo da saúde infantil e pediátrica, procurámos compreender e interligar os vários conceitos que o constituem, no entanto, pela inexistência de uma fonte única sobre a segurança infantil tivemos necessidade de recorrer a diversos autores e investigações para construir o referencial teórico que passamos de seguida a apresentar.

1.1. QUALIDADE E SEGURANÇA DOS CUIDADOS EM PEDIATRIA

As questões referentes à qualidade em saúde e segurança do doente constituem-se como duas dimensões fundamentais para a existência de um sistema de saúde seguro e têm potenciado a nível mundial uma crescente e real preocupação por parte dos diversos profissionais que desempenham a sua atividade no âmbito da saúde. Desde os gestores de organizações e instituições de saúde até aos profissionais que diariamente prestam cuidados, muito se têm debatido sobre este assunto, uma vez que não é possível existir qualidade na prestação de cuidados sem a segurança dos mesmos. No entanto, a par da evolução científica-tecnológica e conseqüente aumento da complexidade de cuidados, também a ocorrência de falhas e/ou erros médicos na área da saúde continuam a existir e a comprometer a segurança dos doentes, traduzindo-se num grave problema de saúde pública (Institute Of Medicine, 2000; Fragata, 2011).

Numa perspetiva histórica, é no final dos anos 90, após a publicação do relatório *To err is human: Building a Safer Health System*, que se assume o impacto que a segurança do doente tem na qualidade dos cuidados, concluindo-se que em cada ano poderiam morrer entre 44 a 98 mil americanos devido a erros no sistema de saúde, que podiam ter sido evitados, representando a oitava causa de morte neste país. Este relatório afirma também, que para se reduzir os erros e eventos adversos seria fundamental a adoção de uma abordagem multifacetada da segurança dos doentes e emite recomendações centradas na construção de uma liderança em saúde, nos sistemas de registo voluntário de erros, bem como a sua proteção legal, defendendo o desenvolvimento de sistemas de segurança nas organizações de saúde (IOM, 2000).

Para dar resposta ao problema de segurança nos cuidados de saúde, surgem a nível internacional, no início do século XXI várias organizações, tais como, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e *The Joint Commission* (TJC), que se uniram com o objetivo de desenvolver uma cultura de segurança de modo a melhorar a confiabilidade e a qualidade dos cuidados. Em 2004, é criado o projeto *World Alliance for Patient Safety* sob a orientação da OMS, em que uma das suas iniciativas chave foi o desenvolvimento de uma classificação internacional sobre a segurança da pessoa, e no ano de 2005, é nomeada por esta entidade a *The Joint Commission International Center for Patient Safety*, que identifica seis áreas problemáticas, sendo uma delas centrada na segurança da comunicação entre os profissionais de saúde e implementa ações

preventivas de forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados (World Health Organization, 2004; Santos, Grilo, Andrade, Guimarães, & Gomes, 2010). Em 2009, é publicado um documento com a Classificação Internacional sobre Segurança do Doente que permitiu padronizar e definir universalmente os conceitos chave sobre a segurança e qualidade dos cuidados de saúde, possibilitando a comparação de dados relativos a este assunto entre organizações a nível nacional e internacional (Direção Geral da Saúde, 2011).

Apesar do atraso temporal a nível nacional, também se destaca um crescente investimento por parte das organizações e instituições de saúde em processos de acreditação com exigências e objetivos bem definidos para dar resposta às questões da segurança do doente e qualidade dos cuidados. Em 2011, foi traduzido para português o relatório técnico final da Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente, que universaliza e define conceitos tais como o erro, evento adverso, segurança do doente, permitindo uma melhor compreensão por parte de todos os sistemas de saúde sobre estas questões (DGS, 2011). No ano de 2015, a Direção Geral da Saúde (DGS) aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2015-2020 através do Despacho nº1400-A/2015 do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, que estabelece nove objetivos estratégicos e assinala o compromisso do governo para a promoção da segurança e qualidade dos cuidados em todas as instituições de saúde (Ministério da Saúde, 2015a).

Em Portugal, ainda não são conhecidos dados concretos relativamente a este assunto, mas através de estudos internacionais, estima-se que em 10 de cada 100 internamentos hospitalares possa ocorrer qualquer tipo de erro/evento adverso. Contudo, em cerca de 2/3 das situações não provocou danos no doente, em 1/3 destes os danos causados foram considerados entre ligeiros ou moderados, e em 5% foram provocados danos graves irreversíveis (Fragata, 2010). Apenas em 2011, surge o primeiro estudo realizado a nível nacional sobre eventos adversos em contexto hospitalar na área do adulto, que conclui uma taxa de incidência de eventos adversos de cerca de 11,1%, sendo que aproximadamente 53,2% desses podiam ter sido evitados (Sousa, Uva, Serranheira, Leite & Nunes, 2011).

No âmbito da área pediátrica, desde 2011 que a Academia Americana de Pediatria (AAP) evidencia a importância da segurança nos cuidados, recomendando a identificação e notificação rigorosas dos erros médicos e eventos adversos com a finalidade

de melhorar a cultura de segurança nos cuidados pediátricos, mas a falta de dados fidedignos não permite ainda traduzir a atual dimensão deste problema (American Academy of Pediatrics Committee on Medical Liability and Risk Management, Council on Quality Improvement and Patient Safety, 2016). Em Portugal, surge em 2017, a Sociedade Pediátrica da Qualidade e Segurança do Doente com o principal objetivo de formular padrões de qualidade específicos para cada criança/jovem e família nas diversas áreas de segurança e definir normas que orientem as práticas de atuação, visando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (SNS, 2018a).

Da evidência internacional, destacamos um estudo realizado em 2009, que envolveu indivíduos dos 0-17 anos, concluindo que a taxa de ocorrência de eventos adversos por cada admissão hospitalar se situava entre os 2-10%, e em 26% desses casos, podiam ter sido evitados (National Patient Safety Agency, 2009). Também, Lemon & Sockwell (2012) estimavam que cerca de 70.000 crianças americanas sofriam de um dano decorrente da prestação de cuidados de saúde. Ainda, uma investigação que envolveu crianças e jovens com idade compreendida entre o nascimento e os 15 anos, revelou que em 1000 altas hospitalares ocorriam aproximadamente 12 eventos adversos, e em 28% das situações a “negligência” nos cuidados foi apontada como a principal causa. Para terminar, um estudo realizado em contexto hospitalar revelou que num total de 3700 internamentos, 1% dos pacientes experienciou eventos adversos e 60% destes podiam ter sido evitados (American Academy of Pediatrics Committee on Medical Liability and Risk Management, Council on Quality Improvement and Patient Safety, 2016).

Ressalvando os escassos estudos existentes nesta faixa etária, acredita-se que pelas suas particularidades, as crianças/jovens tenham um risco três a quatro vezes maior, quando comparados ao adulto (Direção Geral da Saúde, 2018; Silva, Anders, Rocha, Souza, & Burciaga, 2016). Neste sentido, em 2004, um estudo realizado por *Beal* e os seus colegas identificaram quatro características específicas que podem aumentar a probabilidade de ocorrer erros ou eventos adversos nos contextos de cuidados da população pediátrica, nomeadamente: a que diz respeito ao **desenvolvimento** e que envolve as diversas mudanças físicas, cognitivas, sociais e emocionais na criança/jovem e família ao longo do seu ciclo vital, exigindo uma constante adaptação dos cuidados de saúde de acordo com as diferentes etapas do desenvolvimento infantil; a **dependência** de outros cuidadores, sendo estes os principais responsáveis para atender às suas necessidades, uma vez que tendo em conta o estadio de desen-

volvimento, não são capazes de comunicar verbalmente ou questionar os cuidados que lhes são prestados; as **questões epidemiológicas**, que dizem respeito às situações de doença aguda ou crónica pelas quais necessitam de cuidados, exigindo também um planeamento rápido e atempado de cuidados e que podem comprometer a sua segurança; por fim, a particularidade **demográfica** da população pediátrica na medida em que para além de dependerem de terceiros na maioria das situações, também podem viver em condições precárias, tornando-a mais vulnerável e suscetível a experienciar disparidades culturais e de acessibilidade aos diferentes níveis de cuidados (Lacey, Smith & Cox, 2008).

Atendendo à lacuna existente sobre a real dimensão deste problema, importa realçar que em todos os sistemas humanos podem ocorrer erros e que a sua inevitabilidade e probabilidade tem sido associada à complexidade do próprio sistema ou a qualquer falha a nível organizacional, afastando a ideia de que estes possam ser o resultado de uma ação individual ou de negligência. Não obstante, o que é claro na evidência, é que o erro pode ser compreendido e prevenido, tornando-se fundamental que os profissionais de saúde compreendam como este acontece e percebam que o mesmo aconteceu, sendo para isso necessário implementar-se ferramentas de identificação, compreensão e notificação do erro, bem como investir-se numa cultura de segurança centrada na aprendizagem das equipas em detrimento da culpabilização, e no desenvolvimento de modelos de trabalho e ambientes mais seguros que visem minimizar o erro humano (Fragata, 2011).

Frequentemente se tem associado o erro às intervenções ou procedimentos em contexto hospitalar, que pela sua própria complexidade de cuidados apresenta um maior risco e consequências potencialmente mais graves, no entanto, é importante deter uma consciencialização de que este também ocorre no âmbito dos cuidados de saúde primários. Para além das repercussões e do impacto direto que os erros têm nas pessoas/família, também estes causam consequências nos profissionais que prestam cuidados diariamente, podendo originar sentimentos de culpa, falta de confiança e de autoestima. A perda de confiança nas organizações e nos prestadores de cuidados, a menor probabilidade de alcançar os resultados esperados e o aumento dos custos diretos e indiretos na economia também têm sido evidenciadas como a causa da diminuição da qualidade dos cuidados de saúde (Fragata, 2011).

A segurança do doente define-se como a diminuição “do risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável”, na medida em que este nível mínimo se relaciona com o conhecimento atual do mesmo, com os recursos disponíveis e com o contexto em que decorrem os cuidados, em oposição ao risco de não tratamento ou de outro tipo de tratamento (DGS, 2011). Para que um sistema seja reconhecido como seguro, ou seja, isento de erros/eventos adversos e garantir que as pessoas não experienciem qualquer tipo de dano, quer a nível físico ou psicológico, a prestação de cuidados deve sustentar-se num nível profissional diferenciado e numa adequada gestão dos recursos disponíveis, de forma a responder adequadamente às necessidades de cada um, visando um aumento do grau de satisfação por parte dos utilizadores de instituições de saúde e dos resultados esperados (IOM, 2000; MS, 2015b).

Por tudo isto, reconhecemos que as questões de segurança nos cuidados em pediatria requerem uma especial atenção por parte dos enfermeiros, não só pelas suas características, mas também pelo impacto que têm nesta população mais frágil e na sua família. Os enfermeiros, responsáveis pela grande maioria dos cuidados, são quem melhor conhecem a criança/jovem e família, bem como a sua situação de saúde/doença, o que permite não só uma identificação atempada de possíveis fatores de risco que podem levar à ocorrência de erros e eventos adversos, como também implementar medidas estratégicas que visem melhorar a segurança e qualidade dos cuidados.

Não descurando da importância de todas as outras áreas de segurança, centrámos o nosso estudo na área da comunicação dos enfermeiros, mais especificamente nos momentos de transição de cuidados, uma vez que apesar das recomendações bem definidas pelas entidades de saúde para um adequado processo de transmissão de informações quando é necessário transferir o cuidado de um profissional para outro, as falhas de comunicação continuam a existir e atualmente representam cerca de 80% dos erros e/ou eventos adversos que decorrem da prestação de cuidados de saúde (TJC, 2017; DGS, 2017).

1.2. COMUNICAÇÃO EFETIVA EM ENFERMAGEM

Desde sempre, e até aos dias de hoje, que a comunicação é considerada como um elemento crucial no cuidado da enfermagem e na promoção do bem-estar. A impor-

tância deste conceito foi evidenciada já no século XIX, pela ilustre e vanguardista enfermeira Florence Nightingale, afirmando que a falta de uma comunicação adequada influenciava diretamente a eficácia dos cuidados prestados (Nightingale, 2005; Norouzinia, Aghababar, Shiri, Karimi & Samami, 2016).

Partindo desta premissa, importa compreender o conceito de comunicação, uma vez que não é possível prestar cuidados com qualidade sem uma adequada transmissão de informações. Segundo Phaneuf (2005), a comunicação assenta em duas componentes essenciais, nomeadamente, a informativa que se prende com o domínio cognitivo e que procura compreender a essência da mensagem, e a afetiva que se centra na forma como esta é transmitida. Este processo de troca de informações e sentimentos deve acontecer abertamente entre as pessoas, seja de uma forma verbal ou não verbal, promovendo o relacionamento interpessoal. Considera ainda, que uma comunicação assertiva se refere à capacidade de transmitir a informação sem receio, de uma forma firme e tranquila, defendendo o seu ponto de vista e o que é transmitido, sem deixar de respeitar o outro (Phaneuf, 2005).

De uma forma geral, a comunicação define-se como o processo de interação entre duas ou mais pessoas que enviam e recebem mensagens e que interpretam essas informações, não só através das palavras, mas também pelos seus comportamentos e atitudes (Pereira, Fortes & Mendes, 2013). Para que a comunicação seja efetiva, é fundamental que os profissionais de saúde, de entre os quais, os enfermeiros, desenvolvam um conjunto de conhecimentos e competências, tais como, técnicas, habilidades e atitudes adequadas a cada contexto do exercício profissional de forma a minimizarem os riscos de erro ou eventos adversos que resultam das falhas de comunicação. As habilidades comunicativas podem ser expressas através da comunicação verbal ou não-verbal, traduzindo “o que é comunicado” e “como ele se comunica”, e o respeito mútuo deve constituir-se como a base desta interação de informação e relação interpessoal (Sequeira, 2016). A comunicação verbal diz respeito a toda a informação que é dada através da fala ou escrita e a não-verbal refere-se a todos os outros tipos de comunicação que não se expressa por palavras, como é o exemplo das expressões faciais, os toques e gestos (Amorim, Barlem, Mattos, Costa & Oliveira, 2019).

Assim, a qualidade da comunicação entre profissionais de saúde constitui-se como um elemento primordial do cuidado, uma vez que a forma como se comunica tem uma influência direta no estado de saúde dos mesmos e na procura pelos serviços, poten-

ciando uma maior consciencialização dos riscos e motivação para a mudança dos comportamentos. A literatura demonstra que a efetividade da comunicação permite a satisfação dos doentes e uma melhor adesão aos cuidados como resultados esperados quando adequada às capacidades cognitivas, ao nível cultural, educacional e às crenças de cada individuo. Uma vez que não é possível prestar cuidados sem comunicar e que a forma como comunicamos pode ter repercussões muitas vezes graves, torna-se fundamental que os enfermeiros tenham uma real consciência que todos os seus comportamentos terão um impacto significativo tanto nas pessoas, como nos outros profissionais de saúde (Brás & Ferreira, 2016).

A transmissão clara e precisa de informações entre os enfermeiros é assim o elemento primordial para a segurança, qualidade e continuidade de cuidados. Quando a informação pertinente sobre a pessoa/família e sua situação atual de saúde, principalmente no contexto de internamento hospitalar, não é corretamente transmitida e em tempo útil, pode levar à ocorrência de eventos adversos, atrasos no diagnóstico, tratamento não adequado e omissão de cuidados (Smeulers, Lucas & Vermeulen, 2014).

A comunicação efetiva ou eficaz entre os profissionais de saúde, define-se assim, como o processo de transmissão de informação “oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor”, que é realizado através de uma metodologia padronizada e sistematizada e que inclui a oportunidade de perguntar e responder a questões, também conhecida pelas técnicas “read-back” ou “repeat-back” (DGS, 2017).

Apesar de bem definido o conceito supracitado, a literatura mostra que o processo de comunicação no âmbito da saúde é muitas vezes informal, pouco organizado, variável e influenciado por diversos fatores. Como exemplo destes, as interrupções frequentes, a hierarquia organizacional, o poder e conflitos nos contextos, transferências de informação inadequadas, sobrecarga de trabalho e as condições físicas dos locais onde decorrem os cuidados, têm sido referenciados como barreiras da comunicação efetiva. Promover uma comunicação eficaz requer uma detalhada compreensão sobre a pessoa/família e sua atual situação de saúde/doença, uma atualização frequente das habilidades comunicacionais, uma liderança competente, apoio da própria organização e um compromisso por parte dos profissionais para melhorar as suas práticas à luz do conhecimento científico, e do cumprimento de recomendações e normas, visando o aumento da segurança e qualidade dos cuidados (Brás & Ferreira, 2016).

Sobre este assunto, não foram encontrados estudos concretos na literatura, no entanto, a nível internacional é referenciado um estudo divulgado em 2016, que estimou que nos hospitais americanos, as falhas de comunicação e erros associados foram responsáveis por 1744 mortes e por 30% das reclamações por negligência, e em Portugal, apenas é indicado um estudo realizado em 2012, que revelou que em 50% dos casos, as falhas de comunicação foram a principal causa que comprometeram a qualidade e segurança dos doentes (TJC, 2017; DGS, 2017).

No âmbito da área de saúde infantil e pediátrica também são reconhecidos os inúmeros fatores que comprometem a qualidade da comunicação, especialmente nas situações de hospitalização, em que é claro na literatura que a comunicação ineficaz entre a criança/jovem (pela sua especificidade), a sua família e entre os próprios profissionais contribui para a ocorrência de erros tais como, o cancelamento de cirurgias, exames ou procedimentos, erros na administração de terapêutica ou mesmo erros associados à dieta. Os principais fatores que interferem na comunicação relacionam-se frequentemente com as passagens de turno ou outras transferências de cuidados, rotação dos profissionais, registos, prescrições e falhas na comunicação sobre quaisquer alterações a nível dos cuidados ou terapêutica (Biasibetti, Hoffmann, Rodrigues, Wegner & Rocha, 2019).

Posto isto, compreendemos que a comunicação efetiva em enfermagem e uma cultura centrada no trabalho em equipa são fundamentais para a qualidade e segurança dos cuidados prestados. Os resultados positivos que uma adequada comunicação proporciona são inúmeros, no entanto, comunicar de uma forma efetiva é um processo complexo que exige que os enfermeiros sejam detentores de um conjunto de saberes, habilidades e técnicas comunicacionais, por forma a melhorar a eficácia da comunicação. Todos os dias nos deparamos com fatores ou potenciais fatores nos contextos de trabalho que podem influenciar estes processos de comunicação, principalmente quando muitas vezes a vida de alguém depende dos nossos cuidados e um pequeno erro pode provocar consequências graves ou até mesmo a morte.

A forma como se comunica pode ser verbal, não verbal, escrita, telefónica, eletrónica, presencial ou não presencial e ocorre em diversas situações, por exemplo, nas situações de emergência, transferências de cuidados entre unidades ou diferentes níveis de cuidados, sendo fundamental compreender toda a dinâmica e complexidade deste fenómeno e implementar medidas que visem prevenir e minimizar o erro/evento

adverso nos cuidados de saúde (Norouzinia, Aghabarari, Shiri, Karim & Samami, 2016; Biasibetti, Hoffmann, Rodrigues, Wegner & Rocha, 2019).

A introdução da abordagem padronizada que é recomendada pelas organizações de saúde tem sido uma estratégia evidenciada como promotora da melhoria da efetividade da comunicação entre os enfermeiros na transição de cuidados, permitindo assegurar a continuidade, a segurança e qualidade dos cuidados, no entanto, dados relativos aos resultados após a sua implementação permanecem desconhecidos (Galatzan & Carrington, 2018).

Para terminar, importa salientar que a continuidade de cuidados pressupõe dois aspetos principais, o que diz respeito aos próprios cuidados prestados ao longo do tempo, seja no passado, presente ou futuro, e ao foco nas necessidades de saúde das pessoas e do seu contexto social, definindo-se como a transmissão efetiva de informações e conhecimentos sobre a pessoa e sua situação de saúde, com a finalidade de evitar a fragmentação de cuidados e garantir os melhores cuidados quando as pessoas necessitam de mudar de um contexto clínico para outro (College & Association of Registered Nurses of Alberta, 2008).

1.3. TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

Ao processo em que é necessário transferir uma pessoa que necessita de cuidados de um local para outro, denomina-se de transição ou transferência de cuidados e define-se como “qualquer momento da prestação de cuidados em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores”, contextos de saúde e domicílio, à medida que as suas condições e necessidades de cuidados mudam, tendo como missão garantir a continuidade e segurança dos mesmos (DGS, 2017; TJC, 2012).

Tendo em conta esta definição, tal como não é possível separar os conceitos de segurança do doente e qualidade em saúde, o mesmo acontece com a transição de cuidados e comunicação efetiva, uma vez que a qualidade da transição do cuidado se relaciona diretamente à forma como se comunica. Como exemplo de momentos de transição de cuidados, salienta-se a passagem de turno, a transferência de cuidados entre diferentes níveis de assistência à saúde (cuidados primários/cuidados

hospitalares/cuidados continuados integrados), a transição de cuidados intra/inter-hospitalares e para o domicílio (DGS, 2017; TJC, 2012).

A transferência de cuidados em enfermagem ocorre quando um enfermeiro transfere a responsabilidade do cuidado para outro, por exemplo, no final de cada turno que em média acontece três vezes ao dia, existindo em qualquer momento a possibilidade de ocorrer falhas na comunicação e que pode comprometer a segurança da pessoa/família. Nas práticas atuais, o que se evidencia, é que ainda não existe uma uniformização na forma como se processa a transição de cuidados de enfermagem, sendo esta realizada através da comunicação verbal, leitura dos registos médicos ou ainda através da utilização de ambas. Algumas, são ainda realizadas junto do leito da pessoa internada, permitindo promover a parceria de cuidados e o envolvimento direto no seu plano de cuidados, se for essa a sua vontade (Smeulers, Lucas & Vermeulen, 2014).

A nível internacional, a esta transferência de responsabilidade e de informação entre profissionais de saúde dá-se o nome de *Handoff* ou *Handover*, não existindo uma tradução para a língua portuguesa, e tem sido associada principalmente ao momento de passagem de turno (PT), uma vez que são os momentos de transição de cuidados que ocorrem mais frequentemente (cerca de 4000 por dia), o que contribui para uma maior probabilidade de ocorrência de eventos adversos. Por isto, a maioria dos estudos encontrados na literatura são referentes à comunicação efetiva entre os profissionais de saúde durante a passagem de turno (TJC, 2017). Segundo o parecer do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros, a PT define-se como “um momento de reunião da equipa de enfermeiros, tendo como objetivo assegurar a continuidade de cuidados, pela transmissão verbal de informação, e como finalidade promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, enquanto momento de análise das práticas e de formação em serviço/em situação” (OE, 2001).

A passagem de turno (PT) no domínio da enfermagem tem sido referenciada como um processo demorado, pouco consistente e divergente entre os enfermeiros e contextos de saúde. Em média, esta transferência de responsabilidade de cuidados e informação acontece três vezes ao dia durante as 24 horas de trabalho, aumentando a probabilidade de ocorrência de falhas de comunicação, que pode comprometer a segurança e qualidade dos cuidados (Smeulers, Lucas & Vermeulen, 2014).

Importa ainda destacar, a questão referente ao processo de alta para o domicílio ou para outros serviços de saúde, que tem também suscitado o interesse por parte dos investigadores, sendo considerado como uma das transições de cuidados que ocorre mais frequentemente no âmbito da área pediátrica, e que apesar de representar um momento de felicidade para as crianças e suas famílias, pode comprometer a sua segurança se não for realizada adequadamente e com a devida coordenação com outros cuidadores. Um estudo no Canadá, afirma que mais de 20% dos doentes experienciam um evento adverso associado às falhas de comunicação nos 20 dias após a alta hospitalar, que poderia ter sido evitado, e que contribui para a recorrência aos serviços de urgência e reinternamentos hospitalares (Breneol, Hatty, Bishop, & Curran, 2018). A nota de alta é assim uma importante ferramenta comunicacional que promove a articulação entre os profissionais, no entanto, muitas vezes não traduz algumas informações pertinentes tais como, diagnósticos de alta, resumo do internamento, plano de cuidados, resultados de exames complementares de diagnóstico, medicação de ambulatório e planos de continuidade de cuidados, potenciando a ocorrência de erros/eventos adversos (TJC, 2012; Prince, Allen, Chittenden, Misuraca & Hockenberry, 2019).

As transições de cuidados ocorrem num sistema de saúde muitas vezes complexo e pouco organizado, que podem comprometer a sua missão de garantir a melhor resposta face às necessidades da pessoa/família que necessita de cuidados, pelo que se defende que uma análise da forma como se processam os momentos críticos em que é necessário a deslocação da pessoa e família de um local para outro e a formação dos enfermeiros, são medidas estratégicas fundamentais para melhorar as práticas e minimizar a ocorrência de erros/eventos adversos decorrentes da prestação de cuidados de saúde (Galatzan & Carrington, 2018).

No contexto da pediatria, as transições de cuidados de saúde são considerados momentos de alto risco que comprometem a segurança da criança, jovem e sua família, devendo-se isto a diversos fatores evidenciados na literatura tais como, as falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, que não transmitem informações de uma forma rigorosa e completa, e entre as pessoas/família que necessitam de cuidados, tornando-se fundamental que os enfermeiros analisem as suas práticas atuais, identifiquem os potenciais fatores que possam influenciar a comunicação e adotem estratégias comunicacionais por forma a garantir a segurança e qualidade dos cuidados e conseqüente aumento dos ganhos em saúde (TJC, 2012).

De modo a colmatar estas falhas de comunicação, as organizações de saúde têm emitido recomendações e incentivado a implementação de medidas de segurança que facilitem este processo de transferência e minimizem a incidência de eventos adversos decorrentes dos cuidados prestados. Em 2006, a *Joint Commission* estabelece como objetivo estratégico para a segurança do doente, uma abordagem padronizada e sistematizada da comunicação durante a passagem de turno, incluindo a oportunidade de perguntar e responder a questões (técnica de *Read-back ou Repeat-back*) e em 2010, é recomendado que todas as instituições adotem esta metodologia para reduzir as falhas de comunicação (TJC, 2017). A nível nacional, a Direção Geral da Saúde recomenda desde 2017, o uso da metodologia ISBAR (Identificação, Situação Atual, Antecedentes, Avaliação e Recomendações), que em consonância com vários investigadores considera ser uma ferramenta de fácil memorização e que pode ser replicada em diferentes contextos de saúde, nomeadamente no campo da saúde infantil e pediátrica (DGS, 2017).

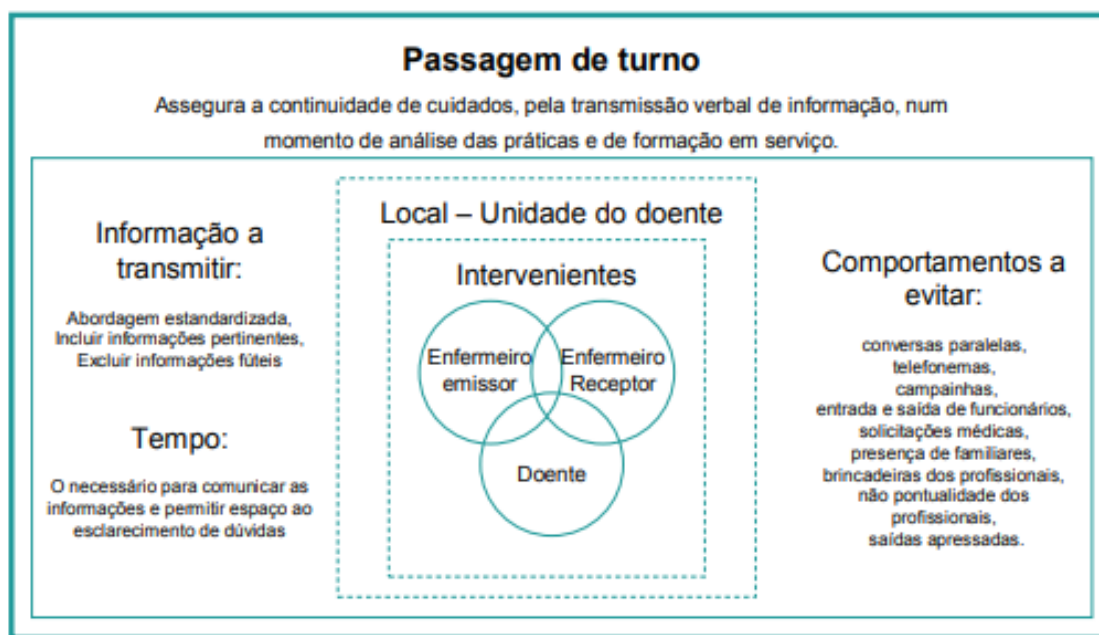
1.3.1. Abordagem Padronizada da Comunicação através da Metodologia de ISBAR

Partindo do pressuposto que tem vindo a ser mencionado ao longo deste capítulo, relativamente à efetividade da comunicação como um elemento crucial para a segurança das transições de cuidados, importa ressaltar que só é possível alcançá-la se forem adotadas um conjunto de estratégias bem definidas e alicerçadas a um autêntico trabalho de equipa por parte dos profissionais e/ou instituições. Como tal, queremos evidenciar algumas particularidades encontradas na literatura que podem influenciar a aceitação e a implementação de medidas estratégicas baseadas numa abordagem padronizada da comunicação durante os momentos de transição de cuidados de saúde, particularmente o da PT.

A PT é um dos momentos considerados como mais críticos/vulneráveis de transição de cuidados que suscita o interesse por parte dos investigadores, uma vez que é altamente influenciada por diversos fatores que colocam em causa a confidencialidade, a privacidade do doente e a efetividade da troca de informação, exigindo que os enfermeiros adotem comportamentos seguros por forma a garantir a efetividade da transmissão de informação. Segundo Cavaco & Pontífice-Sousa (2014), para que o processo de passagem de turno seja eficaz, os enfermeiros devem ter em

conta alguns aspetos essenciais como, o local onde esta se realiza, a informação a transmitir, os comportamentos a serem evitados ou adotados e ainda o tempo, indo ao encontro do que é proposto no modelo seguinte (**figura 1**):

Figura 1: Processo de Passagem de Turno



Fonte: Cavaco & Pontífice-Sousa (2014, p.17)

Sobre este assunto, destacamos ainda uma falta de consenso por parte dos investigadores sobre a melhor forma de se comunicar durante a PT, no entanto, a forma preferencial de transmitir informações sobre a pessoa/família e sua situação atual de saúde, é a verbal, também conhecida por “cara a cara”, porque permite interpretar o tom de voz, os comportamentos e atitudes e, ao mesmo tempo, contribui para a oportunidade de se colocar questões em caso de dúvidas e validação da informação transmitida (Fabila et al., 2016; Murray, McGrath, & Smith, 2013; Solan, Yau, Sucharew, & O’Toole, 2014). Corroborando com os autores, também este modo de comunicar é defendida pela OE, que considera imprescindível que a transmissão de informação seja realizada de uma forma presencial e verbal entre os profissionais envolvidos no plano de cuidados, uma vez que deve ser vista como uma excelente oportunidade para a reflexão e análise das práticas de cuidados de enfermagem (DGS, 2017).

Relativamente ao **local** onde ocorre a PT, também os estudos encontrados revelam que as opiniões entre os enfermeiros divergem. Por um lado, defende-se que esta deve ocorrer em sala fechada, isenta de interrupções, onde se possa discutir os planos de cuidados das pessoas e situações problemáticas sobre assuntos sociais ou familiares, e ao mesmo tempo, proporcionar momentos formativos entre os enfermeiros. Por outro lado, é evidenciado que o momento de passagem de turno deve refletir a filosofia dos cuidados individualizados e centrados na pessoa/família, permitindo que estes tenham acesso a uma maior informação sobre o seu estado de saúde, possam tomar decisões sobre o seu plano de cuidados e identificar precocemente erros ou eventos adversos (Santos & Ferreira, 2004; Albaladejo & Benítez, 2016; Khan, et al., 2018).

Compreendemos da literatura que vários enfermeiros partilham ainda da opinião de que existe uma dificuldade em discutir determinados assuntos junto da pessoa/família devido à inexistência de espaços físicos individualizados das unidades onde estes se encontram, o que pode comprometer o pressuposto do seu exercício profissional referente ao dever do sigilo (alínea b do artigo 106º) do Código Deontológico do Enfermeiro “Partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos”, e relativamente ao dever do respeito pela intimidade (alínea b do artigo 107º) “Salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa”, para que estes se sintam como parte integrante da equipa de saúde, visando a promoção do aumento da sua satisfação (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro; Albaladejo & Benítez, 2016; Khan et al., 2018). Sobre esta questão, o parecer do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros pronunciou-se em 2001, referindo que o momento de passagem de turno pode ocorrer em diversos locais consoante as características de cada contexto, desde que salvaguardados os direitos dos doentes no que respeita à privacidade e confidencialidade, respeitando o pressuposto do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2001).

Quanto ao **tempo** necessário para a PT, não se evidencia um aumento significativo, pelo contrário, alguns estudos revelam uma diminuição do mesmo pela maior facilidade dos enfermeiros em compreender qual a informação importante a ser transmitida perante as diferentes situações (Fabila et al., 2016; Albaladejo & Benítez,

2016; Khan et al., 2018). Em Portugal, não existe um tempo definido para o momento de passagem de turno, pelo que cabe aos enfermeiros assumir a responsabilidade de estabelecerem o tempo necessário para transmitir as informações de uma forma eficaz (OE, 2017).

A abordagem padronizada constitui-se assim, como um elemento chave para promover a qualidade da comunicação e melhorar a efetividade da mesma, por forma a garantir da segurança e continuidade dos cuidados. Apesar da existência de diversas mnemónicas, a ISBAR tem sido comumente aceite por vários investigadores e atualmente é um modelo de comunicação validado e recomendado a nível mundial, que passamos apresentar no final deste subcapítulo. Por forma a melhorar a qualidade e segurança da transmissão de informação em todos os níveis de prestação de cuidados, são definidos no PNSD 2015-2020 nove objetivos estratégicos, tendo como objetivo número 2 “Aumentar a segurança da comunicação”. De modo a atingir este objetivo, a DGS comprometeu-se a desenvolver estratégias e a publicar uma norma nacional de boas práticas sobre a efetividade da comunicação na transição de cuidados de saúde. Em 2017, é assim publicada a norma “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”, que visa a utilização da **Metodologia de ISBAR** em todas as transições de cuidados independentemente do nível de prestação ou contexto de saúde, com especial prioridade para a transferência de informação em momentos críticos ou vulneráveis da prestação de cuidados (DGS, 2017).

De acordo com esta circular normativa a ISBAR define-se:

“Identificação: Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação; Situação atual: Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde; Antecedentes: Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade; Avaliação: Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas; Recomendações: Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente” (Direção Geral da Saúde, 2017).

A metodologia de ISBAR (**ANEXO I**) consiste numa ferramenta comunicacional segura, fácil de interpretar e utilizar, que permite transmitir a informação pertinente, sem ambiguidades, de uma forma rigorosa e sintética, diminuindo a necessidade de

procurar informação noutros locais. Permite ainda, não só obter um maior conhecimento sobre a pessoa e o seu estado de saúde, como também potenciar o aumento da satisfação por parte dos utilizadores dos serviços de saúde e dos profissionais (DGS, 2017; Fabila et al., 2016; Albaladejo & Benítez, 2016; Solan, Yau, Sucharew, & O'Toole, 2014).

A ISBAR foi originalmente desenvolvida na Marinha dos Estados Unidos para utilização em ambientes de grande complexidade e risco como os submarinos nucleares, aviação e programas espaciais da NASA, sendo posteriormente aplicada no contexto da saúde como forma de melhorar a transmissão de informação entre os profissionais de saúde (Blom, Petersson, Hagell, & Westergren, 2015). Surge da mnemónica SBAR, à qual se acrescenta a letra I (Identification) de modo a garantir a identificação segura de quem transmite a informação (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2009).

O modelo comunicacional em questão, encontra-se estruturado em cinco componentes essenciais do processo de comunicação na transição de cuidados, baseando-se numa sequência lógica e sucinta que garante que a transmissão de informação seja concisa, detalhada e focada na pessoa e sua situação atual de saúde, permitindo que os profissionais se comuniquem de uma forma efetiva, contribuindo para minimização da ocorrência de erros/eventos adversos decorrentes da prestação de cuidados (Shahid & Thomas, 2018).

A norma da DGS (2017) recomenda que a transição de cuidados entre os profissionais de saúde se processe oralmente, sem interrupções e baseada na metodologia de ISBAR por forma a reduzir as falhas de comunicação, mas também através da escrita de modo a garantir o registo preciso e pertinente da informação a ser transmitida e assegurar a continuidade dos cuidados, promovendo em simultâneo, uma melhoria da articulação entre os diversos profissionais envolvidos no processo de cuidados, tal como definido no Despacho nº 2784/2013 (MS, 2013)

Apesar da parca literatura no âmbito da pediatria, constata-se através de estudos realizados na população adulta que a implementação da ISBAR demonstra uma redução da incidência de eventos adversos, sendo por isso considerada como uma ferramenta confiável que permite melhorar a comunicação entre os enfermeiros,

contribuindo para um aumento da segurança e qualidade dos cuidados (Shahid & Thomas, 2018; Blom, Petersson, Hagell, & Westergren, 2015).

A ISBAR para além de funcionar como um instrumento de uniformização da comunicação entre os profissionais de saúde, contribui também para a rápida tomada de decisão, permitindo planear cuidados personalizados, promover o pensamento crítico, diminuir o tempo de transmissão de informação, e facilitar a integração de novos elementos na equipa (TJC, 2017, DGS, 2017).

Por fim, importa inferir que apesar das vantagens do uso das diversas mnemónicas recomendadas, nem sempre estas conseguem dar resposta às necessidades dos contextos e da população alvo dos cuidados, como é o caso da pediátrica, existindo uma necessidade de reformulação dessas mnemónicas, tendo em conta os locais de trabalho e a opinião dos enfermeiros sobre a informação que consideram pertinente para assegurar a continuidade de cuidados (Fabila et al., 2016).

1.4. TEORIA DOS SISTEMAS DE BETTY NEUMAN

Neste subcapítulo, pretendemos abordar a teoria que impulsionou o desenvolvimento do projeto e que diz respeito à Teoria defendida por **Betty Neuman**. A mesma, reflete a natureza dos organismos vivos enquanto sistemas abertos e assenta-se em quatro conceitos fundamentais: pessoa, ambiente, saúde e cuidados de enfermagem. Tem como foco central a resposta do cliente, enquanto sistema aberto e dinâmico perante os fatores ou potenciais fatores de *stress* ambientais, utilizando a prevenção primária, secundária e terciária como intervenções para obtenção e manutenção do bem-estar ideal do cliente. A interação que ocorre entre o sistema-cliente e o ambiente envolvente define-se como o domínio de Enfermagem em que se articulam cinco dimensões: a fisiológica, psicológica, desenvolvimentista, sociocultural, desenvolvimental e espiritual, permitindo uma visão holística da pessoa (Freese, 2004; Neuman & Fawcett, 2011).

Distanciando-se de outros modelos tradicionais, em que a doença era considerada como o problema principal, esta teoria centra-se na pessoa enquanto um ser global, como um todo, visando a recuperação do seu equilíbrio ou manter a sua estabilidade

(Freese, 2004). Para melhor compreensão desta teoria, importa definir os conceitos do metaparadigma anteriormente mencionados:

A **pessoa**, é considerada como cliente/sistema-cliente e constitui-se como um sistema aberto, multidimensional em permanente interação com o meio, não se delimitando apenas a um indivíduo, mas também à família, grupo, comunidade ou uma dimensão social (Freese, 2004). Estruturalmente este sistema é composto por cinco variáveis, nomeadamente, a fisiológica que diz respeito ao corpo biológico e ao seu funcionamento, a psicológica que envolve os processos mentais e relacionais, a socio-cultural que engloba as relações sociais, os papéis e estatutos sociais, a desenvolvimental que se refere às fases do processo do ciclo de vida, e a espiritual no que respeita às crenças na vida da pessoa (Neuman & Fawcett, 2011). Neuman, descreve o cliente por diversos círculos concêntricos, ou linhas de resistência, que envolvem a sua estrutura básica ou *core* (recursos de energia e fatores de sobrevivência), que desempenham a função de estabilizar e reajustar o seu estado normal de bem-estar (linha de defesa normal) ou se possível aumentar o nível de estabilidade após uma resposta a um fator de *stress*. Como forma de proteção, surge a linha de defesa flexível que funciona como um “escudo” para impedir que possíveis stressores invadam a linha de defesa normal do sistema cliente. Cada linha de resistência contém fatores de recursos internos e externos conhecidos e desconhecidos que respondem de forma a protegerem a integridade do sistema (Freese, 2004; Neuman & Fawcett, 2011).

O conceito de **Ambiente** representa não só os contextos externos, como também os internos. Neuman, ressalva a importância conceptual do *stress* enquanto força ambiental e estímulo produtor de tensão, impulsionando a necessidade de um reajustamento e adaptação a novos problemas (Neuman & Fawcett, 2011). A dinâmica do sistema baseia-se no processo constante de relação com os stressores ambientais, de carácter multidimensional, capazes de produzir reações, doença, desequilíbrios, reconstituições ou reconfigurações do sistema cliente. Estes stressores são definidos como estímulos a nível intra, inter e extrapessoal (Freese, 2004). O processo de troca de estímulos e respostas encontra-se presente dentro e fora do sistema, em que o ambiente interno diz respeito ao intrapessoal, em que a interação é contida no cliente, e o ambiente externo refere-se ao interpessoal e extrapessoal, envolvendo as interações que ocorrem fora do cliente. Perante esta troca dinâmica de estímulos e respostas são criados mecanismos de *coping* protetores com o intuito de ultrapassar a ame-

aça dos vários fatores de *stress* que surgem ao longo do ciclo de vida, visando a obtenção e manutenção de um estado de equilíbrio (Freese 2004).

Para Neuman, a **saúde** é o resultado do equilíbrio entre o bem-estar e mal-estar, em determinado momento, em que existe uma harmoniosa utilização de energia entre o cliente e o ambiente, visando a obtenção e manutenção da integridade e estabilidade do sistema, ou seja, por forma a atingir um nível ótimo de saúde, o cliente é capaz de gerir os fatores de *stress* adequadamente e satisfazer as suas necessidades (Freese, 2004).

Por último, a **enfermagem** caracteriza-se como uma profissão única que se preocupa em manter a estabilidade do sistema cliente através da identificação de possíveis fatores de *stress* ambientais, da avaliação precisa dos efeitos causados, e intervir com o objetivo de restabelecer ou manter um grau de estabilidade máximo entre as suas partes e subpartes que constituem a totalidade do cliente. A intervenção de enfermagem é intencional e tem como objetivo principal prestar cuidados à pessoa de modo a obter e manter a estabilidade do seu sistema, visando um nível máximo de bem-estar. Para alcançar esse bem-estar são realizadas intervenções que visam a minimização dos fatores de *stress* e condições adversas que podem afetar a harmonia e funcionamento, em qualquer momento que se encontra a pessoa (Freese, 2004; Neuman & Fawcett, 2011).

Como inicialmente referido, por forma a apoiar o cliente e manter a estabilidade do sistema, Neuman identificou três níveis de prevenção: a primária, que resulta da percepção do risco e das possíveis consequências perante a exposição a determinados fatores de *stress*, permitindo assim reduzir a eventualidade do cliente enfrentar os stressores ou intervir a fim de fortalecer a linha de defesa flexível; a secundária, resultante da mobilização dos recursos internos e externos do cliente após exposição ao stressor, visando detetar precocemente a situação causadora de *stress* e intervir de forma a restabelecer o equilíbrio do sistema; e a terciária, que surge da mobilização dos recursos do cliente que reforça a resistência aos stressores de modo a prevenir ou adaptar-se a novas reações de forma manter ou atingir o máximo equilíbrio possível do sistema (Neuman e Fawcett, 2011).

Atendendo à temática em estudo, que se insere na dimensão da qualidade em saúde, a Teoria dos Sistemas de Betty Neuman enaltece a importância de desenvolver

estratégias eficazes para a prestação de cuidados seguros, em que o foco central é a pessoa, a satisfação das suas necessidades e conseqüentemente o seu ótimo bem-estar. Como tal, consideramos a equipa de enfermagem como um sistema aberto, inserida em organizações de saúde de natureza complexa e com objetivos e intervenções bem definidas para alcançar os melhores resultados em saúde, ou seja, dar a resposta adequada às necessidades das pessoas. No que lhe concerne, estas equipas encontram-se em constante mudança e em interação com o meio ambiente, recebendo energias, pessoas, informações que se transformam em ações e resultados dentro desse mesmo meio.

O trabalho em equipa é fundamental para a qualidade dos cuidados prestados, permitindo reduzir os erros, cuja ocorrência pode ter conseqüências graves nos utilizadores dos serviços de saúde. O sistema deve procurar adaptar-se de modo a obter uma resposta eficaz, ou seja, desenvolver defesas que permitam prevenir situações que o possam comprometer, minimizando desta forma o impacto dos stressores. Assim, como o sistema se encontra em constante mudança, também os processos de comunicação se modificam consoante os elementos que constituem o sistema, as situações e os contextos. Como tal, é necessário compreender como se processa a comunicação entre a equipa de enfermagem na transição de cuidados de saúde, identificando possíveis fatores que possam interferir na sua eficácia, e promover mudanças de comportamentos e práticas que previnam ou minimizem a ocorrência de falhas decorrentes de processos de comunicação não adequados (Freese, 2004).

A teoria dos sistemas assume uma relevante importância nos cuidados de enfermagem, não só pela abordagem única e holística à pessoa que se encontra com o seu estado de saúde comprometido, mas também pela sua aplicabilidade multiprofissional, pelo que o nosso projeto se centrou nas equipas de enfermagem, tendo em conta as suas necessidades e características, bem como os contextos em que estas se inserem. A prevenção primária baseou-se na sensibilização das equipas sobre esta temática através da partilha do nosso conhecimento científico, a prevenção secundária na análise dos processos de comunicação das equipas de enfermagem na transição de cuidados da criança, jovem e família, com identificação dos possíveis fatores que possam influenciar a eficácia desses processos, e a terciária na promoção de estratégias de melhoria dos processos de comunicação, baseada nas recomendações pelas organizações de saúde que orientam as práticas, por forma a melhorar a qualidade dos cuidados e alcançar maiores ganhos em saúde.

2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PERCURSO DE APRENDIZAGENS

No presente subcapítulo, pretende-se apresentar de uma forma sucinta a fundamentação teórica que orientou todo o nosso percurso de aprendizagem ao longo dos diferentes estágios. Para sustentar a atuação do enfermeiro durante a sua prática clínica é essencial recorrer à utilização de uma teoria, de uma filosofia ou modelo conceptual adaptada à pessoa que necessita dos nossos cuidados. Como pressupostos do cuidado pediátrico, referenciamos a teoria de Cuidados Centrados na Família (CCF), o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey e os Cuidados Não Traumáticos (CNT).

2.1 MODELOS E TEORIAS DO CUIDAR EM PEDIATRIA

Á luz do conhecimento, assistimos a uma crescente preocupação e especial atenção com o cuidar em pediatria. No passado a criança era apenas encarada como um elemento da família, totalmente dependente do poder paternal, não existindo qualquer diferenciação de cuidados entre esta e o adulto. A sua infância não era compreendida, nem pela família, nem por qualquer Estado, como uma etapa do ciclo vital com necessidades particulares de crescimento e desenvolvimento. Felizmente, com o passar dos séculos a criança começou a ser vista como um ser biopsicossocial, com particularidades específicas, que fizeram emergir mudanças a nível social, económico e político, e a necessidade de se definir os seus direitos enquanto cidadão e utilizador de serviços de saúde. Durante muito tempo, as próprias famílias não compreendiam o seu papel parental e a importância que tinham ao longo do ciclo de vida da criança. Apenas, no século XIX, é que as famílias começaram a entender que deveriam ajudar a criança a tornar-se adulto e passaram a ser reconhecidas como o primeiro grupo social onde se insere a criança, promovendo um ambiente crucial para a sobrevivência e segurança da criança (Araújo et al., 2014).

Acompanhando a evolução histórica da criança enquanto um ser único e biopsicossocial, também os cuidados de saúde se foram modificando ao longo dos anos e tornando-se cada vez mais humanizados e especializados nesta área. Como tal, a família é reconhecida como um elemento crucial na vida da criança, não só na promoção do seu crescimento e desenvolvimento natural ao longo do seu ciclo vital, mas também nos momentos em que necessitam de cuidados pelos problemas de saúde (Araújo et

al., 2014). O cuidar em enfermagem pediátrica visa assim prestar cuidados a todas as crianças/jovens e suas famílias com o máximo de qualidade possível, por forma a responder adequadamente às suas reais ou potenciais necessidades de saúde (Hockenberry & Barrera, 2014).

Segundo a Convenção sobre os Direitos da Criança, a criança define-se como todo o ser humano com idade inferior a 18 anos e ressalva a importância da família como o elemento principal e natural da sociedade que promove um harmonioso crescimento e bem-estar dos seus membros, nomeadamente da criança (Assembleia da República, 1990). Corroborando com esta definição, o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem especifica o conceito de pessoa no cuidar em pediatria como o binómio: criança, jovem e família e acrescenta à definição, que em caso de situações particulares como é o caso da doença crónica, incapacidade e deficiência, esta idade estende-se até aos 21 anos ou até que a transição para a fase adulta esteja conseguida com sucesso. A família, por sua vez, constitui-se como um grupo de indivíduos que assume a responsabilidade de prestar cuidados à criança/jovem, promovendo o seu crescimento e desenvolvimento (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

Posteriormente, surge a filosofia dos **Cuidados Centrados na Família**, em que esta é reconhecida como uma constante no ciclo vital da criança e a essência do cuidar em enfermagem visa a promoção de cuidados que envolve a tomada de decisão assente numa parceria entre a criança/jovem, pais e enfermeiros. A abordagem na perspetiva dos CCF procura manter e reforçar os papéis e laços familiares com a criança, atendendo aos seus pontos fortes e à sua experiência em cuidar dos filhos, quer dentro ou fora do ambiente hospitalar, por forma a manter a normalidade das rotinas familiares. Baseando-se nas necessidades de todos os membros da família em relação aos cuidados com a criança, os enfermeiros procuram promover a capacitação e empoderamento destas, através da negociação, participação e parceria de modo a responder adequadamente às suas necessidades atuais e manter ou maximizar o seu bem-estar. As forças, capacidades e competências das famílias perante situações particulares, como é o caso do internamento hospitalar são reconhecidas e valorizadas no planeamento e prestação de cuidados, permitindo que estas passem a desempenhar um papel ativo no cuidar e mantenham ou adquiram um sentido de controlo sobre as suas vidas, sob a orientação profissional dos enfermeiros (Hockenberry & Barrera, 2014; Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

A parceria de cuidados entre os enfermeiros e a família permite que haja um trabalho conjunto na prestação de um cuidado holístico da criança e que integra as preferências da criança/família, de modo a diminuir o impacto negativo da hospitalização, maximizar os seus benefícios, garantir a segurança do regresso a casa e proporcionar o conforto e apoio total a estes. Os CCF reconhecem ainda que as famílias são os elementos essenciais, não só para a saúde e bem-estar, como também para a maximização da qualidade e segurança dos cuidados prestados (Sanders, 2014).

Segundo o *Institute for Patient and Family Centered Care*, a conceção dos CCF nos serviços de saúde traduz uma melhoria na qualidade da prática dos cuidados de saúde com benefícios mútuos, quer para a pessoa, quer para os profissionais de saúde e define quatro conceitos inerentes a este processo: **Dignidade e Respeito**, que diz respeito aos conhecimentos, valores, crenças e cultura da pessoa; **Partilha de informação**, em que a pessoa recebe informações precisas e completas no momento certo, responsabilizando-a pela sua tomada de decisão, permitindo uma participação ativa no seu plano de cuidados; **Participação**, em que os profissionais apoiam e incentivam a pessoa a participar nos cuidados e a tomar decisões; e a **Colaboração**, em que a pessoa, profissionais de saúde e líderes de cuidados de saúde trabalham em conjunto no desenvolvimento, implementação e avaliação de programas e políticas, por forma a melhorar a qualidade dos cuidados (Institute for Patient and Family Centered Care, 2017).

Esta filosofia de cuidados é também claramente evidenciada na Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada, em que ressalvamos o direito da informação, que enfatiza o dever dos profissionais de saúde para transmitir informações claras sobre a situação de saúde e plano de cuidados de uma forma adequada, atendendo à faixa etária da criança e compreensão da mesma e da sua família, de modo a poderem participar na tomada de decisão sobre os cuidados necessários (Instituto de Apoio à Criança, 2008). O dever de informar é também parte integrante do exercício profissional do enfermeiro e encontra-se explanado no artigo 105º Código Deontológico (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro)

Apesar dos inúmeros benefícios que têm vindo a ser destacados sobre o envolvimento da família nos cuidados à criança e/ou jovem, a literatura evidenciava a inexistência de políticas que promoviam esta prática até à década de oitenta. Em 1988, surge então, o primeiro modelo de cuidados pediátricos desenvolvido a partir de um mo-

delo de cuidados centrado na família que realça a importância fundamental dos pais nos cuidados à criança hospitalizada, que se denomina de **Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey**. Este, vem assumir os pais como parceiros da equipa de enfermagem e defende que são os melhores prestadores de cuidados, no sentido de promover o crescimento e desenvolvimento da criança, protegendo-a com amor e afeição (Casey, 1993).

Assente no respeito e valorização da participação no cuidado à criança, este modelo ressalva a distinção entre cuidados familiares e cuidados de enfermagem, considerando que os primeiros incluem os cuidados de suporte às necessidades básicas da criança (alimentação, higiene, conforto e amor), e os de enfermagem que envolvem alguma diferenciação, visando a satisfação de outras necessidades da criança consoante o seu problema atual de saúde. De acordo com este modelo, os enfermeiros deveriam prestar apenas cuidados de enfermagem ou cuidados diferenciados e especializados, incentivando os pais a prestar todos os cuidados familiares. No entanto, importa referir que esta abordagem é flexível, sendo necessário adaptar o cuidado conforme a situação em que se encontra a criança ou em função das circunstâncias familiares, ou seja, em determinadas ocasiões o enfermeiro desempenha atividades de cuidados familiares, e em outras, com o devido ensino, instrução, treino e supervisão do enfermeiro, os pais assumem alguns cuidados de enfermagem. O planeamento de cuidados de enfermagem assume-se como um processo dinâmico baseado na negociação, em que a responsabilidade do cuidado é partilhada quer com a criança, quer com os pais e o enfermeiro (Casey, 1993).

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica visa prestar cuidados em parceria com a criança, jovem e família ou cuidador informal em qualquer contexto em que a mesma se encontre, tais como hospitais, unidades de saúde, escola, comunidade, instituições de acolhimento, cuidados continuados e domicílio, a fim de promover o seu mais elevado estado de saúde e desenvolvimento possíveis (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

A par da importância dos modelos anteriormente apresentados, também os **cuidados não traumáticos** são considerados como um elemento fundamental do cuidar em pediatria. Estes referem-se à prestação de cuidados terapêuticos através de intervenções que eliminem ou diminuam o desconforto psicológico e físico experienciado pela criança, jovem e família em qualquer contexto clínico de pediatria e tem como principal

objetivo não causar qualquer tipo de dano. Este modelo de cuidados assenta em três principais pressupostos: prevenir ou minimizar a separação da criança/família; promover a sensação de controlo; e evitar ou minimizar a dor e lesão corporal (Hockenberry & Barrera, 2014).

Posto isto, importa referir que também explanado na Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada, se encontram os pressupostos dos modelos acima referenciados, nomeadamente, no ponto dois em que ressalva o direito da criança em ter os seus pais junto dela e no ponto quatro que referencia a minimização de agressões físicas ou emocionais (Instituto de Apoio à Criança, 2008).

2.2. METODOLOGIA DE PROJETO

A metodologia de projeto tem como principal objetivo analisar e identificar um problema real e implementar um conjunto de intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia permite não só a aquisição de capacidades e competências de natureza pessoais através da elaboração de projetos em contexto real, como também impulsionar uma prática baseada na evidência. Esta relação dinâmica entre a teoria e a prática assume uma especial relevância no processo de aprendizagem dos estudantes, uma vez que possibilita intervir em contexto real e mobilizar o conhecimento teórico previamente adquirido na prática clínica atual (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

O projeto é considerado como um plano de trabalho que através de uma metodologia investigativa e reflexiva pretende resolver/estudar um problema que inquieta os intervenientes que o irão realizar. Constitui-se como um processo estruturado e organizado, que não se baseia apenas numa investigação, mas também na tentativa de intervenção através da implementação de mudanças na realidade, que visam a resolução do problema identificado, pelo que se aproxima da investigação-ação. É ainda uma metodologia que envolve sempre um trabalho de grupo, uma vez que para que ocorram mudanças é necessário não só o envolvimento de todos os intervenientes, como também da população alvo do projeto. Tendo em conta a análise e resolução de problemas em equipa são utilizadas várias técnicas e procedimentos com o objetivo de recolher, obter e analisar a informação, permitindo através desta, prever, orientar e preparar o caminho que os intervenientes irão realizar ao longo do projeto (Ruivo, Nunes & Ferrito, 2010).

O projeto não é uma fórmula, mas sim um processo evolutivo e adaptativo que se vai construindo e reconstruindo consoante as necessidades encontradas ao longo do seu desenvolvimento (Ruivo, Nunes & Ferrito, 2010). Como características fundamentais deste tipo de projeto, os autores destacam as seguintes: atividade intencional, iniciativa, autonomia, autenticidade, complexidade e incerteza e ainda o caráter prolongado e faseado. Assim, os intervenientes procedem à formulação de um objetivo inicial e desenvolvem atividades no sentido de dar respostas ao mesmo, preocupando-se ao mesmo tempo, em dar visibilidade ao trabalho realizado. Deve ser assumida uma responsabilidade pelas escolhas ao longo das várias fases do seu desenvolvimento tendo em conta o foco do problema, que deve ser genuíno e original. Trata-se de um processo complexo e incerto, no sentido que não se pode garantir a mudança no alvo da intervenção, uma vez que envolve múltiplos parceiros e várias intervenções. É ainda de caráter prolongado e faseado, na medida em que se estende por um longo período de tempo, desde a formulação do objetivo inicial até à apresentação e avaliação dos resultados (Ruivo, Nunes & Ferrito, 2010).

A metodologia de projeto é constituída pelas seguintes fases: Diagnóstico de situação; Planificação das atividades, meios e estratégias; Execução das atividades planeadas; Avaliação; Divulgação dos resultados (Ruivo, Nunes & Ferrito, 2010).

O **diagnóstico de situação** é a primeira fase, sendo considerada como a mais dinâmica do processo, onde se identifica e descreve a problemática a ser estudada e após análise dos contextos onde esta se insere, se procede à definição dos objetivos gerais e específicos, a partir dos quais se vão desenvolver estratégias e ações que pretendem introduzir mudanças entendidas como necessárias para dar resposta ao problema identificado. A formulação do problema é crucial nesta fase para dar início a toda a investigação sobre a temática escolhida. É ainda nesta fase que são definidas hipóteses e a operacionalização das variáveis a considerar. Para proceder à identificação e validação do problema a dar resposta, os instrumentos de diagnóstico mais utilizados na prática clínica são as entrevistas informais ou formais, os questionários, métodos de análises da situação (SWOT) e escalas de observação (Ruivo, Nunes & Ferrito, 2010).

Os **objetivos** a definir, desde o geral ao mais específico devem ser pertinentes e claros, assumindo-se como estratégias e ações a desenvolver, tendo em conta os problemas identificados e os resultados que se pretendem atingir. Os objetivos gerais

indicam acerca daquilo que o formando é capaz de realizar após o processo formativo e os objetivos específicos permitem compreender quais os conhecimentos e competências que devem ser adquiridas ao longo deste processo (Ruivo, Nunes & Ferrito, 2010).

A fase de **planeamento** diz respeito à elaboração detalhada do projeto, ou seja, é quando se procede à calendarização das atividades a desenvolver, ao levantamento de recursos disponíveis e avaliadas as limitações que podem influenciar o próprio trabalho. Não esquecendo que é um processo dinâmico e interativo, sujeito a alterações sempre que necessário, as atividades devem ser estabelecidas indicando as datas entre o início e o final em que se pretende realizá-las (Ruivo, Nunes & Ferrito, 2010).

Após a fase anteriormente descrita, segue-se a da **execução** que se traduz pela aplicação na prática de tudo o que foi planeado nas primeiras etapas do projeto, permitindo uma colheita de dados e perceber a dimensão do problema identificado. Posteriormente, os dados serão analisados de modo a desenvolver atividades que possam responder adequadamente ao problema levantado (Ruivo, Nunes & Ferrito, 2010).

A **avaliação** deve ser realizada de uma forma contínua e pode dividir-se em diferentes momentos, nomeadamente em avaliação intermédia e avaliação final. A primeira, que decorre em simultâneo com a fase de execução do projeto, pretende avaliar a eficácia das atividades desenvolvidas, sendo que o professor orientador e os enfermeiros orientadores assumem um papel preponderante para a concretização das mesmas. E a avaliação final, que diz respeito à avaliação de todo o projeto e todo o seu produto final (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Por fim, a **divulgação** dos resultados é também uma fase de extrema importância do projeto que traduz todo o trabalho desenvolvido durante o nosso processo de aprendizagem, permitindo dar a conhecer as diferentes fases percorridas para obtenção dos melhores resultados, ou seja, contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

2.3. PROJETO: PROMOÇÃO DA COMUNICAÇÃO EFETIVA PARA A TRANSIÇÃO SEGURA DE CUIDADOS DA CRIANÇA/JOVEM E FAMÍLIA

Tendo em conta o que foi apresentado no subcapítulo anterior, a escolha da temática a ser estudada e trabalhada deveu-se não só ao nosso interesse e motivação pessoal, mas também por ser uma área transversal, uma vez que o nosso percurso de aprendizagens iria decorrer em diferentes contextos. Como tal, o tema deste projeto prende-se com o processo de comunicação entre os enfermeiros na transição de cuidados da criança/jovem e família, que como tem vindo a ser abordado ao longo deste relatório, nem sempre se processa de forma adequada, potenciando a ocorrência de erros ou eventos adversos que comprometem a segurança e qualidade dos cuidados prestados. A temática em questão insere-se na linha de investigação “Segurança e Qualidade de Vida”, destacada como uma área prioritária no domínio da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Sendo um tema inerente a todos os contextos clínicos, foi possível desenvolver atividades transversais e específicas a cada local de estágio para dar resposta aos objetivos previamente delineados no nosso projeto, que tem como foco central aumentar a qualidade da comunicação dos enfermeiros nos momentos de transição de cuidados por forma a garantir a segurança e qualidade da prestação de cuidados (IPS-ESS, 2018a; IPS-ESS, 2018b).

Pretendemos com este projeto, de uma forma geral, sensibilizar as equipas de enfermagem para a importância da comunicação efetiva durante os momentos de transição de cuidados, compreender e analisar os processos de comunicação em cada contexto clínico e propor estratégias para melhorar a qualidade do processo de comunicação de forma a garantir a segurança e qualidade dos cuidados prestados à população pediátrica.

O **objetivo geral** que delineámos para este projeto foi: aumentar a qualidade da comunicação dos enfermeiros na transição de cuidados da criança, jovem e família. Os **objetivos específicos** definidos foram: sensibilizar a equipa de enfermagem sobre a temática da comunicação efetiva na transição de cuidados; analisar os processos de comunicação da equipa de enfermagem durante a transferência do cuidado; e propor estratégias para melhorar os processos de comunicação nos momentos de transição de cuidados, adequadas aos contextos clínicos.

O projeto foi desenvolvido no âmbito das Unidades Curriculares de Estágio I e Estágio Final, que decorreram de 14 de maio a 22 de junho de 2018 e de 17 de setembro de 2018 a 18 de janeiro de 2019. O primeiro estágio foi realizado entre 14 de maio e 22 de junho numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e o estágio final dividiu-se em três fases distintas. A primeira fase, que decorreu de 17 de setembro a 12 de outubro realizou-se numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), com duração de 4 semanas, a segunda que teve início a 15 de outubro e terminou a 9 de novembro decorreu num Serviço de Internamento de Pediatria (SIP) e por fim, a terceira ocorreu entre o período de 12 de novembro de 2018 a 18 de janeiro de 2019 num Serviço de Urgência Pediátrica (SUP). Durante o último estágio tivemos ainda a oportunidade de conhecer os cuidados de excelência que o EEESIP presta no Centro de Desenvolvimento da Criança e nas Consultas Externas de Pediatria, nomeadamente na consulta que acompanha a criança/jovem com paralisia cerebral e com diabetes mellitus tipo I, que também contribuíram para o nosso enriquecimento pessoal e profissional.

Para compreender a pertinência da temática e como esta poderia ser trabalhada em cada contexto, foi realizado um diagnóstico de situação específico em cada local de estágio, através de reuniões informais com as enfermeiras responsáveis e orientadoras. Ao percebermos as diferenças evidenciadas na abordagem ao problema identificado decidimos desenvolver atividades que fossem ao encontro das características de cada equipa de enfermagem e respetivo serviço de modo a atingir os objetivos inicialmente delineados.

As atividades desenvolvidas em todos os contextos clínicos basearam-se na norma nº001/2017, que recomenda que os profissionais de saúde se comuniquem de uma forma oral e escrita através da metodologia de ISBAR nos momentos de transição de cuidados de modo a aumentar a segurança e a qualidade da informação transmitida e a uniformizar os processos de comunicação (DGS, 2017).

2.4. CONTEXTOS CLÍNICOS DE ESTÁGIO

As Unidades Curriculares de Estágio I e Estágio Final que se integram no Curso de Mestrado em Enfermagem e que visam a aquisição e desenvolvimento de competências de mestre, comuns do Enfermeiro Especialista e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica, permitem complementar a for-

mação teórica adquirida no curso à formação prática pela oportunidade que é dada aos estudantes de contactar com os diferentes locais de prestação de cuidados à criança, jovem e família (IPS-ESS, 2018a; IPS-ESS, 2018b). Estas surgem como requisitos fundamentais para a obtenção do grau de mestre e da atribuição do título de especialista por parte da Ordem dos Enfermeiros, que estabelece como objetivos de aprendizagem, o desenvolvimento da capacidade de reflexão crítica sobre a prática nos contextos, a tomada de decisão com base na evidência científica e a edificação de um projeto que culmina na realização de um relatório com discussão posterior em provas públicas (IPS-ESS, 2018b).

Os objetivos das unidades curriculares supracitadas são: “desenvolver o conhecimento e competências científicas, técnicas e humanas que visem a abordagem da criança/jovem e família ao longo do seu ciclo de vida, numa perspetiva de prestação de cuidados em resposta ao processo de crescimento e desenvolvimento e à maximização da sua saúde; desenvolver, mobilizar e integrar as competências científicas, técnicas e humanas para o planeamento, execução e gestão de cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família em situações de especial complexidade” (ESS-IPS, 201a; ESS-IPS, 2018b).

O percurso de aprendizagens iniciou-se com a UC de Estágio I no período compreendido entre 14 de maio e 22 de junho de 2018 e teve uma carga horária total de 216 horas, correspondendo um total de 8 *European Credit Transfer System* (ECTS) (IPS-ESS, 2018a).

A UC de Estágio Final decorreu entre 17 de setembro de 2018 e 18 de janeiro de 2019 e dividiu-se em 3 fases distintas que correspondem a módulo A, B e C que decorreram em diferentes contextos de estágio, contabilizando-se um total de 24 ECTS, com carga horária total de 648h (IPS ESS, 2018b).

Baseando-nos nos objetivos das respetivas unidades curriculares e nos objetivos de aprendizagem preconizados pelo Curso de Mestrado em Enfermagem, bem como, nas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, definimos como objetivo geral para todo o caminho percorrido nos quatro contextos clínicos de estágio: **Desenvolver competências como enfermeira especialista à criança, jovem e família nos processos de saúde e doença nos diferentes contextos clínicos.**

De seguida, pretendemos apresentar e caracterizar sinteticamente os diferentes locais de estágio, ressaltando o motivo da nossa escolha e descrever de uma forma clara todo o percurso desenvolvido desde o diagnóstico de situação até às atividades realizadas para dar resposta aos objetivos previamente delineados, quer no campo da aprendizagem clínica, quer no âmbito do projeto desenvolvido durante o estágio. De uma forma sistematizada e esquematizada, passamos a enunciar os objetivos específicos definidos, bem como as atividades realizadas em cada contexto clínico, visando a concretização destes, e por fim, evidenciar a nossa experiência real vivenciada através de um autêntico trabalho de reflexão.

2.4.1. UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS

O Estágio I decorreu no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), mais especificamente numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), devendo-se esta escolha à necessidade de desenvolver conhecimentos e aperfeiçoar competências na área da avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, na promoção da saúde e prevenção da doença na população pediátrica, através da vigilância preconizada para as diferentes faixas etárias e do cumprimento do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil e do Programa Nacional de Vacinação (PNV), assentes numa filosofia de cuidados holística.

Os CSP representam o primeiro nível de contacto dos cidadãos com o Sistema Nacional de Saúde, trazendo os cuidados de saúde o mais próximo possível dos locais onde as pessoas residem ou desempenham as suas funções laborais (International Council of Nurses, 2007). Este nível de atenção centra-se nas necessidades e preferências das pessoas, famílias e comunidades, e presta cuidados às pessoas durante todo o seu ciclo vital e não só num determinado momento de doença específica. Asseguram também, que todos os cidadãos recebam cuidados completos, desde a promoção da saúde, prevenção da doença, reabilitação, cuidados continuados e cuidados paliativos (World Health Organization, 2019).

O local onde decorreu o estágio I pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) e tem como missão assegurar a promoção da saúde, a prestação de cuidados e a sua continuidade, bem como a racionalização da utilização de recursos através da

articulação entre diferentes entidades e de um processo de melhoria contínua da qualidade, envolvendo o cidadão. Visa ainda melhorar a acessibilidade dos cidadãos, a qualidade dos cuidados, da efetividade, da gestão dos recursos, promover o trabalho de equipa, em parceria e em complementaridade, potenciando o trabalho na comunidade (MS,2008).

Fisicamente encontra-se situado num edifício de quatro pisos, originalmente construído para habitação e posteriormente remodelado em dois momentos distintos, sendo o último em 2010, por forma a aumentar as capacidades logísticas de funcionamento e introdução de meios para permitir a instalação de sistema informático de apoio médico (SAM) e de Enfermagem (SAPE). Atualmente permanece sem elevador, dificultando o acesso a pessoas com problemas de mobilização.

A Saúde infantil encontra-se situada no 2º piso, constituindo-se por três gabinetes de Enfermagem para prestação de cuidados nas áreas da Vacinação, Saúde Infantil, Consulta de Diabetes e Consulta de Adolescentes e por quatro gabinetes onde decorrem as consultas médicas.

As consultas de enfermagem de saúde infantil e juvenil, que antecedem as consultas médicas, são sempre previamente agendadas devido ao elevado número de pessoas inscritas na UCSP, pela sua área de abrangência, de forma a garantir uma resposta mais eficaz às necessidades da população alvo. São realizadas habitualmente por enfermeiros especialistas e decorrem em todos os dias da semana, quer no período da manhã, quer no da tarde, abrangendo as idades-chave contempladas no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) e no Boletim Individual de Saúde (BIS).

A calendarização das consultas face às idades-chave corresponde aos momentos de mudança importantes que surgem ao longo da vida da criança/jovem e sua família, tais como as etapas do desenvolvimento psicomotor, emocional e de socialização e assenta na valorização dos cuidados antecipatórios como um veículo promotor da saúde e de prevenção da doença, sendo facultado aos pais conhecimentos essenciais para otimizar o seu desempenho no que diz respeito à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade (DGS, 2013). São ainda efetuadas consultas de enfermagem independentes da consulta médica e extraplano das preconizadas, sempre que exista necessidade de acompanhar mais rigorosamente

determinadas crianças, jovens e família, por forma a dar a melhor resposta às necessidades desta população.

Após o nascimento de um bebé, habitualmente é agendada a primeira consulta de enfermagem que corresponde à primeira semana de vida, onde é realizado o rastreio neonatal e elaborada uma colheita de dados para melhor conhecimento do recém-nascido/família com o intuito de avaliar as suas potenciais ou reais necessidades. Nos casos particulares em que as puérperas não comparecem nesta primeira consulta, a equipa de enfermagem tenta estabelecer um contacto com as mesmas para dar conhecimento da vigilância de saúde da criança. Nem sempre este contacto tem sucesso e muitas vezes é necessário recorrer à visitação domiciliária para compreender as necessidades da criança/família dentro do seu contexto social e cultural.

O período referente à infância requer uma especial atenção devido às várias alterações físicas e psicológicas que ocorrem durante o crescimento e desenvolvimento da criança. Estas consultas constituem-se num momento crucial para informar e orientar os pais ou outros cuidadores informais sobre o processo de desenvolvimento esperado dos seus filhos e prepará-los para possíveis desafios inerentes a cada fase. A consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil permite intervir atempadamente e preparar os pais para futuros desafios próprios de cada idade, visando obter os melhores resultados em saúde (DGS, 2013).

Para além da importante intervenção do EEESIP assente no PNSIJ, PNV, Programa de Saúde Oral e de Saúde Escolar, também este assume uma especial responsabilidade na referenciação e articulação da criança, jovem e família com outros profissionais e/ou unidades de saúde, tais como o hospital, Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR), Comissão de Proteção de Criança e Jovem (CPCJ), Equipa Local de Intervenção Precoce na Infância (ELI) de modo a colmatar algumas necessidades da população e a promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

A partilha de informação através de um sistema informático permite uma maior aproximação entre os profissionais/instituições e a obtenção de um maior conhecimento sobre a população alvo dos cuidados. Os registos de enfermagem são realizados através do Sistema de Informação SClínico® e o registo de vacinas numa

plataforma nacional, permitindo que outras instituições de saúde tenham acesso a estes dados, contribuindo desta forma para a minimização de falhas de informação e para o aumento da segurança, qualidade e continuidade dos cuidados.

2.4.1.1. Objetivos específicos e atividades desenvolvidas

Objetivo Específicos	Atividades Desenvolvidas
Desenvolver competências específicas de EEESIP no âmbito da promoção da saúde e do desenvolvimento infantil da criança/jovem e família, no contexto de cuidados de saúde primários	<ul style="list-style-type: none">- Conhecimento da estrutura, funcionamento e dinâmica da UCSP;- Conhecimento da dinâmica da equipa de enfermagem e sua metodologia de trabalho;- Consulta de normas, protocolos existentes no serviço;- Conhecimento dos projetos de melhoria contínua da qualidade e principais áreas de intervenção;- Conhecimento sobre o processo de articulação de cuidados com outros profissionais/instituições de saúde (ex: NACJR, ELI, Hospital de referência)- Pesquisa de evidência científica atual e (re)leituras de bibliografia sobre o papel do EEESIP nos cuidados primários, com o intuito de mobilizar e aplicar conhecimentos que sustentem o nosso processo de ensino-aprendizagem;- Observação e participação ativa nas consultas de saúde infantil e juvenil, analisando e refletindo sobre a atuação do EEESIP;
Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e família ao longo do seu ciclo vital, visando a maximização da sua saúde e a prevenção da doença	<ul style="list-style-type: none">- Promoção do crescimento e desenvolvimento infantil de acordo com a faixa etária da criança/jovem, maximizando o papel parental.- Avaliação do crescimento e desenvolvimen-

	<p>to infantil através da escala de <i>Mary Sheridan</i> modificada;</p> <ul style="list-style-type: none">- Identificação precoce de sinais/sintomas que possam comprometer o crescimento e desenvolvimento infantil saudável;- Otimização de habilidades e técnicas de comunicação de acordo com a faixa etária da criança, dinâmica familiar e seu contexto social e cultural;- Identificação e intervenção precoce nas situações de risco, referenciando-as para profissionais e instituições especializadas nesta área;- Realização autónoma da consulta de enfermagem de saúde infantil assente no PNSIJ e PNV;- Gestão e utilização de estratégias promotoras do conforto e preventivas da dor assente nas recomendações da DGS;- Discussão/Reflexão com a Enfermeira Orientadora e com a equipa de enfermagem sobre o planeamento de cuidados e intervenções promotoras da saúde e do desenvolvimento infantil;- Realização de um estudo de caso sobre um Recém-Nascido em contexto de visita domiciliária.
<p>Sensibilizar a equipa de enfermagem sobre a temática da comunicação efetiva na transição de cuidados da criança/jovem e sua família</p>	<ul style="list-style-type: none">- Reunião informal com as enfermeiras responsável e orientadora, de modo a perceber a necessidade específica do serviço dentro da temática do projeto;- Discussão/Reflexão com a equipa sobre o processo de comunicação na transição de cuidados, tais como, contactos telefónicos com outras unidades de saúde (ex: hospital),

	<p>referenciação de crianças a profissionais/unidades especializadas;</p> <p>- Aplicação de um questionário à equipa de enfermagem com o intuito de conhecer a sua opinião sobre algumas questões relacionadas com a temática.</p> <p>- Reunião com a equipa de enfermagem para abordar o tema da comunicação efetiva nos momentos de transição de cuidados, divulgar a circular normativa da DGS sobre “Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde”, partilhar os resultados dos questionários e promover um momento de reflexão sobre as práticas atuais.</p>
<p>Analisar os processos de comunicação da equipa de enfermagem durante a transferência do cuidado</p>	<p>- Observação e participação nos momentos de transição de cuidados, tais como, contactos telefónicos com outras unidades de saúde (ex: hospital), referenciação de crianças a profissionais/unidades especializadas.</p> <p>- Reflexão crítica sobre os processos de comunicação na transição de cuidados da criança, jovem e família, identificando possíveis fatores que possam influenciar a sua efetividade;</p>
<p>Propor estratégias para melhorar os processos de comunicação nos momentos de transição de cuidados, adequadas à UCSP</p>	<p>- Sugestão da reestruturação do instrumento utilizado na UCSP (FACE) na transição de cuidados da criança, jovem e família, com base nos critérios da metodologia de ISBAR</p>

2.4.1.2. Reflexão sobre as aprendizagens

Após o término deste estágio foi nos possível conhecer a estrutura, funcionamento e dinâmica do serviço, bem como a dinâmica e metodologia de trabalho da equipa de enfermagem, compreender como se processam as consultas de saúde infantil e juvenil, e a importância da atuação do EEESIP, que detém um conjunto de

conhecimentos e competências científicas, técnicas e humanas especializadas, essenciais para o planeamento, execução e gestão de cuidados, assentes numa filosofia holística, por forma a assistir a criança/jovem e família, na maximização da sua saúde.

A consulta de enfermagem de saúde infantil e juvenil constituiu-se numa excelente oportunidade para a aquisição e mobilização de diversos conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento infantil, permitindo-nos alcançar grande parte dos objetivos definidos, uma vez que de uma forma global, realizámos o acolhimento à criança, jovem e família, colhemos e atualizámos dados de saúde pertinentes, elaborámos planos de cuidados individualizados e centrados na família, prestámos cuidados antecipatórios, avaliámos os dados antropométricos, de crescimento e do desenvolvimento infantil e ainda efetuámos diversos ensinamentos à família, relativos às diferentes faixas etárias, exigências e especificidades do seu estadió de desenvolvimento. Nesta atividade, foram ainda aperfeiçoadas as competências na área da relação terapêutica e comunicação atendendo à faixa etária da criança e características da sua unidade familiar e seu contexto social e cultural.

A avaliação da criança/jovem relativamente aos parâmetros antropométricos (Peso, Comprimento, Perímetro Cefálico e Índice de Massa Corporal) e ao seu desenvolvimento, quer a nível físico ou cognitivo, representa um momento crucial para o enfermeiro, pois permite perceber se este vai ao encontro do que é esperado. Se identificado algum sinal que possa comprometer o desenvolvimento saudável ou na existência de qualquer desvio do padrão, a situação fica sinalizada no sistema informático, é realizada a articulação com o médico assistente e após avaliação multidisciplinar encaminha-se para outros profissionais ou instituições especializadas.

Durante o estágio realizámos a consulta de enfermagem de forma autónoma, onde foram praticadas as avaliações anteriormente mencionadas e ainda a avaliação da visão e audição através da Tabela de "E" de *Snellen* e do rastreio de *Mary Sheridan* modificada, respetivamente (DGS, 2013). Estes testes foram aplicados no momento do exame global preconizado para as idades-chave, que se encontram contempladas no PNSIJ e de acordo com as orientações de boas práticas explanadas no Parecer nº 248/2010 (Conselho de Enfermagem, 2010). A aplicação da escala de *Mary Sheridan* modificada para avaliação do desenvolvimento infantil foi bastante enriquecedora na nossa aprendizagem para consolidar e aperfeiçoar competências, uma vez que apesar

de já determos algum conhecimento sobre esta, nem sempre é possível aplicá-la durante o exercício das nossas funções atuais devido ao estado de saúde comprometido das crianças, a quem prestamos cuidados.

No início de cada consulta procedeu-se sempre ao acolhimento da criança, jovem e família, apresentando a equipa de enfermagem, e à validação da identificação da criança e do seu acompanhante. Foi também importante observar e compreender a relação de proximidade que o EEESIP estabelece com a criança/jovem e sua família, pelo seu acompanhamento ao longo das diferentes fases do seu ciclo de vida, contribuindo para o desenvolvimento de uma efetiva relação de confiança e para uma maior partilha de informação face às suas necessidades físicas e/ou emocionais. Um maior conhecimento sobre a criança/família permite que o enfermeiro identifique atempadamente as suas reais ou potenciais necessidades e planeie as intervenções adequadas durante todo o processo de cuidar por forma a atingir os melhores resultados em saúde. A relação de confiança e uma filosofia do cuidar centrada na família são dois elementos essenciais para que os pais se envolvam nos cuidados e compreendam o seu importante papel na promoção, manutenção e vigilância da sua saúde e do seu ótimo bem-estar.

A comunicação e o cuidar em pediatria assumem um papel fundamental na qualidade e segurança dos cuidados, sendo necessário que o EEESIP detenha um conjunto de conhecimentos e habilidades comunicacionais por forma a adequar a linguagem à idade e estadio de desenvolvimento da criança e às características específicas de cada família, tais como a cultura e literacia. A observação, a entrevista informal, a escuta ativa e o estabelecimento de uma relação de confiança constituíram-se como ferramentas comunicacionais essenciais no nosso percurso de aprendizagem, que facilitaram a promoção da maximização da saúde das crianças/famílias.

A consulta realizada na idade da adolescência assume também uma especial atenção, visto que são abordados muitos temas, como a sexualidade, hábitos alimentares ou comportamentos de risco, nos quais o adolescente/jovem pode não se sentir à vontade para falar (DGS, 2013). Por isto, foi sempre dada oportunidade de permanecer sozinho com o enfermeiro, se assim o desejasse. Nas situações que presenciamos, apenas um jovem preferiu que a mãe se ausentasse e no decorrer desta consulta tivemos oportunidade de abordar de uma forma aberta, assuntos

relacionados com a sexualidade, adoção de comportamentos alimentares saudáveis e relações com os pares no contexto escolar. Nas diversas consultas que realizámos ao adolescente/jovem, todos eles estiveram acompanhados dos pais/cuidadores. A forma como se comunica e se acolhe o adolescente/jovem na consulta promove o estabelecimento de uma relação de confiança, permitindo que os mesmos partilhem experiências, esclareçam dúvidas e exponham as suas preocupações próprias da idade e do desenvolvimento infantil.

A metodologia de trabalho utilizada na UCSP é referente ao enfermeiro de família, reconhecido como um importante contributo na promoção de saúde individual, familiar e coletiva e pelo seu papel de referência, responsável pela totalidade dos cuidados de enfermagem, maximizando desta forma a saúde da pessoa no contexto familiar (Ministério da Saúde, 2014). Relativamente a este assunto, percecionámos que nem toda a população inscrita na UCSP tem médico assistente atribuído, ou um enfermeiro responsável pela globalidade dos cuidados a determinadas crianças/famílias, o que pode contribuir para menores ganhos em saúde, pela dificuldade em estabelecer uma relação de confiança, podendo por isto, potenciar perda de informações pertinentes sobre o seu estado/situação de saúde atual e consequente diminuição da satisfação das pessoas e da adesão aos cuidados de saúde. Durante o estágio, experienciámos uma situação, em que uma mãe não compareceu na consulta de vigilância do recém-nascido, pelo que rapidamente foi planeada uma visita domiciliária para se identificar as necessidades específicas desta família, de modo a promover-se a sua satisfação e adesão aos cuidados de saúde. Durante este encontro, a mãe verbalizou-nos que a inexistência de um profissional de saúde de referência contribuiu para não comparecer na consulta de vigilância, pelo que o EEESIP assumiu de imediato um compromisso com esta criança/família de forma a acompanhá-los no seu processo de saúde, ao longo do seu ciclo de vida.

O rastreio neonatal, também denominado por “teste do pezinho” foi uma atividade bastante realizada por nós. Este permite diagnosticar precocemente doenças que podem afetar gravemente a saúde das crianças e consequentemente da sua família. Consiste na recolha de sangue através da punção do calcanhar e pretende diagnosticar precocemente patologias do foro metabólico, genético e/ou infeccioso, que podem beneficiar de tratamento atempado, por forma a evitar complicações, muitas vezes irreversíveis. Deve ser realizado entre o 3º e 6º dia de vida, no entanto, em

situações particulares pode ser realizado posteriormente, sendo que o mais importante é realizar-se (Ministério da Saúde, 2017).

Outra das atividades realizadas foi a administração de vacinas que nos permitiu aperfeiçoar não só a técnica, como também aprofundar e consolidar conhecimentos referentes ao PNV e suas idades-chave. Importa ressaltar que perante a necessidade de se realizar procedimentos invasivos, que inevitavelmente provocam dor, medo, *stress* e/ou ansiedade na criança/família, procedeu-se sempre à explicação prévia do respetivo procedimento e após obtenção do consentimento da criança/família para a sua realização, foram adotadas estratégias de promoção do conforto e de minimização/prevenção da dor (colo, amamentação, sucção não-nutritiva, o brincar terapêutico, distração), assentes na filosofia dos CNT e de acordo com as orientações emanadas no Guia Orientador de Boa Prática referente às Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança da Ordem dos Enfermeiros por forma a prevenir e/ou minimizar o impacto que estes podem ter nas crianças/famílias (OE, 2013). Saliencia-se ainda, o brincar como uma importante estratégia terapêutica, permitindo não só uma maior aproximação e relação de confiança com a criança/família, como também facilitar a explicação de determinados procedimentos, regras ou rotinas das instituições de saúde, diminuindo os efeitos que esta experiência pode causar.

Para que o desenvolvimento infantil aconteça de uma forma saudável é essencial um estado de saúde adequado, um bom aporte nutricional e boas condições de vida, especialmente nos primeiros anos de vida. A consulta de saúde infantil e juvenil representa uma oportunidade crucial para se promover a saúde e proceder-se à avaliação de um desenvolvimento saudável, ou seja, dentro do que é esperado, pelo que a DGS recomenda que seja preferencialmente realizada por profissionais que detenham conhecimentos e competências específicas na área da saúde e infantil e pediátrica (DGS, 2013).

Tivemos ainda a oportunidade de elaborar um estudo de caso sobre um recém-nascido no contexto de uma visita domiciliária, centrado na filosofia de CCF, que pressupõe uma resposta holística, assente nas necessidades, expectativas, desejos e preferências da família, permitindo desenvolvermos um plano de cuidados individualizado e personalizado, centrado na família e no seu contexto social e cultural e delinear intervenções com o intuito de aumentar a qualidade de vida da criança

/família. A elaboração do estudo de caso permitiu-nos aprofundar e consolidar conhecimentos e competências referentes ao crescimento e desenvolvimento do recém-nascido, avaliação detalhada da família, tendo em conta a sua estrutura, funcionamento e dinâmica (genograma e ecomapa), à promoção e maximização da saúde, bem como à atuação do enfermeiro especialista inserido na comunidade. Pudemos realizar o exame físico do recém-nascido, o rastreio neonatal, avaliar a vinculação mãe-filho, promover a amamentação, a transição para a parentalidade e o crescimento e desenvolvimento saudáveis através dos vários ensinamentos realizados à mãe. De salientar, que durante a visita domiciliária, foram também avaliadas as condições de segurança habitacionais e identificados alguns fatores de risco, tais como humidade da casa, escadas sem proteção que poderiam comprometer a segurança das crianças/família (neste caso, da irmã ainda pequena e com necessidade de uma especial supervisão), visando desta forma a promoção da saúde e prevenção da doença ou de possíveis complicações que possam influenciar o desenvolvimento saudável da criança e sua unidade familiar.

Os gabinetes onde decorreram as consultas cumpriam as normas de higiene e segurança, salvaguardando que antes de cada observação e avaliação da criança/jovem eram realizadas as devidas desinfecções dos equipamentos utilizados, de forma a prevenir o risco de infeções associadas aos cuidados de saúde e assegurar as medidas preventivas de queda (colocação do ovo em local seguro, não deixar a criança sozinha em cima da marquesa), prevenindo desta forma a ocorrência de incidentes.

Importa referir, que tivemos oportunidade de conhecer os vários projetos de melhoria contínua da qualidade, existentes na UCSP, destacando o “Partilhar para Cuidar”, em que se promovem encontros entre o enfermeiro de cuidados de saúde primários e de cuidados hospitalares, que através de um trabalho de equipa, se debatem questões, habitualmente relacionadas com um contexto social frágil ou complexo da criança/jovem e família, e elaboram um plano de cuidados personalizado que permita responder adequadamente às necessidades/vulnerabilidades identificadas. Este projeto aproxima os profissionais de diferentes níveis de cuidados envolvidos no processo de cuidar, permitindo a partilha segura da informação, uma vez que se procede presencialmente, otimizando a transição segura de cuidados entre diferentes profissionais/unidades de saúde e visando garantir a continuidade e qualidade dos cuidados.

Relativamente às atividades desenvolvidas no âmbito do projeto, inicialmente foi realizada uma reunião informal com a enfermeira orientadora, também responsável pela área de saúde infantil, para dar conhecimento da temática em estudo, que reconheceu a sua importância e salientou que muitas vezes existem lacunas no processo de comunicação entre os enfermeiros de diferentes unidades de cuidados de saúde, tais como entre UCSP e hospital. Após a reunião, foi elaborado um questionário com base no enquadramento teórico sobre a temática por forma a conhecer a opinião da equipa de enfermagem sobre algumas questões referentes a este problema. Para a aplicação do questionário (**APÊNDICE I**), foram necessários a autorização institucional e o devido consentimento dos enfermeiros que responderam ao mesmo. O seu preenchimento foi de carácter voluntário, garantindo a confidencialidade dos dados, não existindo qualquer prejuízo para os participantes, uma vez que os dados obtidos apenas se destinaram a ser utilizados exclusivamente para este projeto de aprendizagem.

Dos 12 questionários entregues, foram devolvidos um total de 10, e foi realizada uma análise dos dados com apoio do programa Microsoft Office Excel® (**APÊNDICE II**) que nos permitiu concluir que a maioria dos enfermeiros:

- Considera que atualmente existem algumas lacunas que podem comprometer o processo de comunicação eficaz na transição de cuidados da criança/jovem e família entre as diferentes unidades de saúde (UCSP e hospital);

- Identifica como fatores/dificuldades que influenciam a eficácia do processo de transferência de cuidados: a ausência de profissionais de referência (de outras instituições), a omissão de informação pertinente e atualizada, o atraso na transferência de informação, a ausência de normas/protocolos sobre uniformização da informação e a falha dos sistemas de informação, que dificultam a obtenção de dados necessários para dar resposta às necessidades da criança/família;

- Reconhece a Folha de Articulação de Cuidados de Enfermagem (FACE) (em suporte de papel) como um instrumento de transmissão de informação conciso e claro, e que os critérios que a compõem permitem transmitir a informação pertinente a outros profissionais/instituições de saúde;

- Não conhece a metodologia de ISBAR, recomendada pela DGS em 2017;

- Considera importante realizar-se formação sobre a metodologia de ISBAR.

Após análise dos dados obtidos, foi planeada uma reunião com a equipa de enfermagem para discutir/debater a temática em questão, apresentar a norma da DGS referente à “Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde” e o modelo explicativo da metodologia de ISBAR. A temática foi apresentada através de diapositivos (**APÊNDICE III**) com recurso ao computador, a norma foi impressa e partilhada com a equipa e no final foi promovido um momento de reflexão sobre as práticas atuais, de modo a debater-se os fatores que influenciam a eficácia da comunicação e a encontrar estratégias de melhoria para este processo. Nesta reunião estiveram presentes 12 enfermeiros e 2 estudantes de enfermagem, onde foi possível concretizar os objetivos delineados para a mesma. Após o momento de reflexão com a equipa, destacamos que esta, de uma forma geral, identificou como principal dificuldade, a obtenção de informação atualizada sobre as crianças/jovens e famílias (por exemplo: após um internamento) devido a falhas do sistema informático, a processos não atualizados ou notas de alta extensas e com informações muitas vezes não pertinentes. Referiram também que recorrem ao BIS para obter essa informação, mas na maioria das vezes não apresenta informação atualizada, ou os pais não o trazem com eles.

Por fim, procedeu-se à análise crítica da FACE, que atualmente é o instrumento escrito que os enfermeiros utilizam para partilha de informação de saúde com outros profissionais envolvidos nos cuidados. A equipa prontamente identificou a FACE como uma ferramenta comunicacional útil e que permite traduzir a informação pertinente e necessária. Apesar disto, a equipa foi incentivada a comparar os critérios existentes na FACE com os que são recomendados pela metodologia de ISBAR, constatando várias divergências. No final, foi sugerido à equipa como projeto de melhoria contínua da qualidade, que refletissem sobre este assunto e futuramente poderiam reestruturar os critérios da FACE para dar resposta às necessidades particulares da criança/jovem e sua família de forma a minimizar perdas/omissões na informação pertinente, que podem potenciar a ocorrência de erros/eventos adversos e consequentemente comprometer a segurança e qualidade dos cuidados.

Toda a nossa tomada de decisão durante a prestação de cuidados foi sustentada na pesquisa da literatura por forma a ampliar o nosso conhecimento, e a elaboração durante este estágio de um artigo científico (**APÊNDICE IV**), como desafio de

aprendizagem do curso de mestrado em enfermagem, permitiu-nos aprofundar conhecimentos sobre a temática em estudo e desenvolver competências na área de investigação, fundamentais para a realização de projetos futuros, ao longo da nossa vida profissional.

Para concluir, consideramos este estágio como um importante contributo para o desenvolvimento de conhecimentos e competências, quer de mestre, enfermeiro especialista e EEESIP e apesar das várias dificuldades sentidas no âmbito da área de investigação, relacionadas com a elaboração do questionário, bem como, com a recolha e análise dos dados obtidos, foi-nos possível concretizar os objetivos a que nos tínhamos proposto e adquirir um maior conhecimento sobre metodologias e técnicas investigativas essenciais para novos desafios.

2.4.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

O segundo estágio decorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (**UCIN**), devendo-se a nossa escolha por ser um serviço particular onde se prestam cuidados altamente diferenciados, com técnicas inovadoras, tais como a hipotermia induzida e com excelentes resultados assistenciais, contribuindo desta forma para a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências muito específicas para cuidar do recém-nascido (RN) e recém-nascido pré-termo (RNPT) e sua família, em situação de especial complexidade, na qual nunca tivemos nenhum contacto ou experiência na área. Sentimos também necessidade de desenvolver e aperfeiçoar competências no âmbito da vinculação, transição e promoção da parentalidade face à necessidade emergente de internamento, muitas vezes por um período de tempo incerto, em que os pais se confrontam com uma rápida separação do seu filho, surgindo sentimentos de angústia, medo e ansiedade ao se depararem com esta realidade.

Após o nascimento de um bebé, o que é esperado pelos pais é que o seu filho os acompanhe no regresso a casa após um curto período de tempo de internamento. No entanto, quando o bebé nasce antes do que é esperado ou com algum problema de saúde, emerge a necessidade de se prolongar o internamento numa unidade específica que dê resposta às suas necessidades, e os pais vêm-se confrontados com uma nova realidade, surgindo por isso uma necessidade de reestruturar a sua vida, bem como o seu papel enquanto pais. Para além da adaptação dos pais à nova

realidade, também o RN necessita de se adaptar a um conjunto de fatores externos face ao novo ambiente. Uma das grandes alterações que é exigida ao RN para se adaptar ao meio externo é a transição da circulação fetal ou placentária para a respiração espontânea, seguindo-se uma rápida evolução, com visíveis mudanças quer a nível físico ou comportamental nos primeiros dias de vida. Após um período expectável de nove meses num ambiente protegido, o bebé depara-se com todo um “lugar” desconhecido, necessitando de se recuperar fisicamente do momento de saída e adaptar-se ao novo mundo (Wheeler, 2014).

Tal como o RN, também os RNPT (idade gestacional <37 semanas) necessitam de se adaptar à vida extrauterina de acordo com a sua imaturidade e estadio de desenvolvimento, dando início a uma autêntica luta pela sobrevivência e recuperação do seu estado de saúde, longe dos seus pais e num ambiente altamente complexo, como é o caso da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN). Relativamente à causa da prematuridade, esta permanece desconhecida, sendo comumente associada a fatores maternos e/ou relacionados com a gravidez, no entanto, responsável pelas altas taxas de morbilidade e mortalidade nas crianças com idade inferior a um ano e com um impacto significativo na qualidade de vida da criança/família (Wheeler, 2014; Silva, Araújo, & Teixeira, 2012).

Um adequado posicionamento no RNPT é fundamental para o seu desenvolvimento, uma vez que fora do seu ambiente de proteção, ou seja, do útero, e na tentativa de se adaptar ao ambiente externo apresenta uma desorganização psicomotora que se reflete por um aumento da atividade motora, irritabilidade e gasto de energia. Pela sua imaturidade, quer a nível físico ou cognitivo o RNPT adota uma postura inadequada que pode originar repercussões graves a nível do seu desenvolvimento, pelo que a adoção de um posicionamento correto permite não só promover o seu conforto, mas também, manter o alinhamento postural, contenção, redução dos gastos de energia e diminuição do *stress* fisiológico e comportamental. Este posicionamento pode ser otimizado com “rolinhos” (através de panos) e *Swaddles* (que reproduz o útero da mãe) (Albuquerque, & Albuquerque, 2017).

A UCIN é o local onde o RN vai permanecer internado durante um longo período, dentro de uma incubadora, para poder recuperar-se do parto e estabilizar a nível fisiológico (peso, temperatura, respiração e frequência cardíaca), sendo submetido a inúmeros procedimentos invasivos e manipulações. Ao mesmo tempo, vivencia ainda

sentimentos de desamparo, uma vez que se veem obrigados a ficar separados de uma forma repentina da sua mãe, ficando privados de tudo o que um RN saudável recebe habitualmente (Silva, Araújo, & Teixeira, 2012).

O local onde ocorreu o estágio, é uma unidade de apoio perinatal muito diferenciada (nível 3), inserida num hospital categorizado na rede de referência materno-infantil como Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado (HAPD) de Lisboa e Vale do Tejo, que comparativamente aos Hospitais de Apoio Perinatal (HAP) apresenta uma maior autonomia relativamente aos RN de risco pela sua capacidade de assistência materna e perinatal do mais alto nível, com exceção para os casos de subespecialidades que envolvam alta tecnologia e algumas cirurgias neonatais, destacando-se pela sua responsabilidade relativamente às áreas de avaliação e formação (DGS, 2001). No entanto, para que seja possível a articulação com outras unidades diferenciadas é fundamental a existência de um subsistema específico para o transporte inter-hospitalar do neonato, criança e/ou jovem gravemente doentes, denominado por Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (TIP). Este, que tem como missão “levar os cuidados intensivos até à criança e não a criança até aos cuidados intensivos”, é coordenado pelo Instituto Nacional de Emergência Médica e constituído por médico, enfermeiro e técnico de emergência pré-hospitalar (Serviço Nacional de Saúde, 2018b).

A UCIN possui uma capacidade total de 14 camas, em que 5 correspondem à sala de cuidados intensivos e 9 à de intermédios, e dispõe de uma equipa multidisciplinar experiente que presta cuidados especializados durante 24 horas, contando com o apoio de outras especialidades tais como, cardiologia, genética, neurologia, cirurgia, oftalmologia, ortopedia e otorrinolaringologia. Tem fisicamente uma sala de cuidados intensivos pediátricos, que não se encontra atualmente a funcionar.

Este tipo de unidades, tendo em conta a complexidade de cuidados, são reconhecidas pela sua alta tecnologia e *design* arquitetónico (de pequenas dimensões e sem unidades individualizadas), com conseqüente elevado níveis de ruído e luminosidade, pelo número de profissionais envolvidos nos cuidados e pela gravidade das situações clínicas, potenciando um aumento nos níveis de *stress* físico, motor e comportamental no RN/família.

A metodologia de trabalho da equipa de enfermagem é a individual e responsável e todos os cuidados que presta assentam nos pressupostos do cuidar em pediatria, CCF, CNT e parceria de cuidados. Sobre esta última, salientamos que apesar do evidente esforço por parte dos enfermeiros em prestar cuidados individualizados e promotores da parentalidade, nem sempre é possível concretizá-la, devendo-se isto à limitação dos pais nos cuidados face à sua complexidade e à sua permanência na unidade, por vezes curta.

Inerente a esta complexidade de cuidados, importa referir que a longa permanência dos RN nas incubadoras, e conseqüente diminuição da interação dos pais com os filhos, assumem um grande impacto, sendo que o EEESIP desempenha uma atuação de extrema importância na promoção do conforto, do desenvolvimento do RN/ RNPT e na transição para a parentalidade. Uma das medidas prioritárias e introduzidas logo que possível diz respeito ao Método de Canguru, promovido pela UNICEF. Este foi criado pelo Dr. *Edgar Rey Sanabria* em 1978, para dar resposta à sobrelotação existente nas unidades neonatais, nas quais, muitas vezes, se encontrava mais que um RN. É um método reconhecido pelos seus efeitos benéficos, quer a nível do desenvolvimento neuro-comportamental e psicoafetivo do RN e conseqüente redução da mortalidade infantil, quer a nível dos pais, favorecendo a vinculação mãe-filho e a diminuição do tempo de separação entre estes. Também têm sido evidenciados outros resultados positivos, tais como, a estimulação do aleitamento materno e sensorial adequada do RN, a redução do *stress*, a promoção da calma e relaxamento do bebé e pais, promoção de uma melhoria na regulação térmica do RN e o aumento na competência e confiança dos pais no cuidado ao seu filho (OE, 2019c).

A transição para a parentalidade é um processo de extrema complexidade, sendo considerada como um dos maiores eventos no ciclo de vida familiar. A vinda de um novo elemento para unidade familiar exige profundas mudanças e adaptações na vida dos pais e pode provocar desequilíbrios e vulnerabilidades na própria estrutura familiar e no bebé, mesmo quando este é esperado e desejado. Face a esta realidade, os pais necessitam de redefinir papéis, tarefas ou até mesmo planos futuros e durante este processo podem surgir dificuldades às quais não são capazes de desenvolver respostas adequadas (Martins, Abreu & Figueiredo, 2017). Neste sentido, o EEESIP assume um importante desempenho na sua atuação com os pais, visando promover uma transição para a parentalidade o mais adequada possível e tranquila, através do apoio, do reforço positivo e de uma relação de confiança, maximizando as suas

capacidades de forma a conseguirem gerir eficazmente as dificuldades com que se deparam (OE, 2015b).

Importa realçar, que apesar de não termos tido oportunidade de observar a intervenção terapêutica referente à hipotermia induzida utilizada nesta UCIN, sentimos necessidade de adquirir conhecimentos sobre a mesma, recorrendo à pesquisa da literatura sobre este assunto. Esta tem sido amplamente investigada e demonstra ser uma técnica segura e eficaz na redução de risco de morte ou consequências nas situações de encefalopatia hipoxico-isquémica neonatal moderada a grave e em RN que sofreram asfixia perinatal, através dos resultados positivos que tem tido na diminuição do metabolismo cerebral, na redução do edema cerebral citotóxico e da pressão intracraniana e inibição da apoptose (morte celular) (Graça et al., 2012).

A segurança e qualidade dos cuidados também se traduzem nesta UCIN pelos projetos de melhoria contínua da qualidade desenvolvidos no serviço e implementados pelos enfermeiros que prestam cuidados, tais como, prevenção de úlcera por pressão e o posicionamento como promotor do desenvolvimento.

Destacamos ainda, as medidas rigorosas de controlo de infeção associadas aos cuidados de saúde (IACS) que são realizadas nesta unidade, através da colheita de amostras (zaragatoas) dos equipamentos, de modo a monitorizar-se a existência de bactérias ou microrganismos, muitas vezes multirresistentes e que podem ter um grande impacto na qualidade de vida dos RN/família. No caso de suspeita/existência de infeção ou colonização, procede-se de imediato à adoção de medidas de isolamento de contacto/aéreo ou ambos, consoante a necessidade, sendo que no caso particular do RN, poderá ter uma influência muito negativa, uma vez que o toque terapêutico é tão importante para a promoção do seu desenvolvimento e para promover a interação com os pais, sendo fundamental prestar uma especial atenção a este assunto e desenvolver-se estratégias que previnam estas situações, tais como, o ensino e treino aos pais sobre uma adequada higienização das mãos.

Os registos de enfermagem são essenciais para garantir a segurança e continuidade dos cuidados e são realizados de uma forma estruturada e sistematizada através de uma plataforma informática, permitindo dar visibilidade à qualidade dos cuidados prestados. Pretendem também assegurar o acesso a dados e informação de forma segura e protegida, possibilitando a sua monitorização e uma partilha segura de

informação entre os vários profissionais ou instituições de saúde envolvidos no plano de cuidados.

2.4.2.1. Objetivos específicos e atividades desenvolvidas

Objetivos Específicos	Atividades Desenvolvidas
Desenvolver competências de EEESIP na prestação de cuidados de saúde especializados ao RN/RNPT e família, nas situações de especial complexidade, no contexto de UCIN	<ul style="list-style-type: none">- Conhecimento da estrutura, funcionamento e dinâmica da UCIN;- Conhecimento da dinâmica da equipa de enfermagem e sua metodologia de trabalho;- Consulta de normas, protocolos existentes no serviço;- Conhecimento dos projetos de melhoria contínua da qualidade e principais áreas de intervenção;- Pesquisa de evidência científica atual e (re)leituras de bibliografia sobre o papel do EEESIP no contexto de UCIN, com o intuito de adquirir e mobilizar conhecimentos que sustentem o nosso processo de ensino-aprendizagem;- Observação e participação ativa nos cuidados de enfermagem especializados e diferenciados ao RN/RNPT.- Conhecimento sobre o processo de continuidade de cuidados (ex: admissão, transferências de unidades, altas para o domicílio)
Prestar cuidados de enfermagem especializados ao RN/RNPT e família, nas situações de especial complexidade, no contexto de UCIN	<p>Pesquisa de evidência científica atual e (re)leituras de bibliografia sobre prematuridade, vinculação das díades (mãe-filho e pai-filho), estratégias de conforto e redução da dor no neonato, transição para parentalidade e posicionamento como promotor do desenvolvimento do RN/RN PT, entre outras;</p>

	<ul style="list-style-type: none">- Prestação autónoma de cuidados especializados e diferenciados ao RN/RNPT em situação de especial complexidade;- Realização de reuniões informais com o enfermeiro orientador para discussão e reflexão das práticas;- Promoção de medidas de conforto e gestão de estratégias preventivas/minimização da dor (ex: contato pele a pele, método de canguru, contenção, sucção não nutritiva);- Promoção do desenvolvimento através do posicionamento adequado;- Promoção da transição para a parentalidade, vinculação e do papel parental no contexto de UCIN;- Otimização de habilidades comunicacionais com os pais em contexto de UCIN;
Sensibilizar a equipa de enfermagem sobre a temática da comunicação efetiva na transição de cuidados do RN/RNPT e sua família	<ul style="list-style-type: none">- Reunião informal com as enfermeiras responsável e orientadora de modo a perceber a necessidade específica do serviço dentro da temática do projeto;- Discussão/Reflexão com a equipa sobre o processo de comunicação na transição de cuidados, tais como, momentos de PT, admissões, transferências de unidades ou altas domiciliares;- Divulgação da circular normativa da DGS sobre “Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde” à equipa de enfermagem, durante os momentos de PT;
Analisar os processos de comunicação da equipa de enfermagem durante a transferência do cuidado	<ul style="list-style-type: none">- Observação e participação ativa nos momentos de transição de cuidados, tais como, momentos de PT, admissões, transferências entre unidades de saúde, altas para o domicílio;

	<ul style="list-style-type: none">- Reflexão crítica sobre os processos de comunicação na transição de cuidados do RN/RNPT e sua família, identificando alguns fatores que possam influenciar a sua eficácia;- Discussão/Reflexão com a Enfermeira Orientadora e com a equipa sobre a metodologia atual utilizada na transmissão de informação entre os enfermeiros nos momentos de PT.
Propor estratégias para melhorar os processos de comunicação nos momentos de transição de cuidados, adequadas à UCIN	<ul style="list-style-type: none">- Sugestão de utilização de um instrumento estruturado em suporte de papel “folha de passagem de turno” baseado na ISBAR para a transmissão de informação durante a passagem de turno, como projeto futuro de melhoria contínua da qualidade;

2.4.2.2. Reflexão sobre as aprendizagens

Após terminar este estágio, podemos inferir que foi uma experiência bastante enriquecedora para nós, uma vez que existia um total desconhecimento nesta área, existindo uma necessidade de recorrer à literatura de forma exaustiva para podermos fundamentar a nossa tomada de decisão durante a prestação de cuidados, permitindo-nos adquirir e desenvolver conhecimentos e competências específicas no cuidado ao RN/RNPT e sua família em situação de especial complexidade.

Na primeira semana pudemos conhecer a estrutura, funcionamento, organização e dinâmica do serviço, bem como da equipa multidisciplinar e sua metodologia de trabalho, sendo esta a individual e responsável. Constatámos uma excelente relação de proximidade entre a equipa multidisciplinar (médicos e enfermeiros), pela necessidade de manterem uma vigilância mais rigorosa do estado de saúde dos RN, bem como de planearem as intervenções adequadas às suas necessidades, o que nem sempre acontece noutras situações, como é o caso dos internamentos, devido à elevada rotatividade das equipas.

O espaço físico da unidade é promotor de segurança, conforto e de harmonia, uma vez que a existência de janelas para o exterior permite obter um maior controlo sobre a luminosidade, que muitas vezes causa desconforto no RN. É ainda suficientemente amplo entre as incubadoras, facilitando uma maior mobilização dos profissionais na presença dos pais, e promovendo também o descanso e conforto dos pais.

Com a devida supervisão da enfermeira orientadora e sustentados no saber teórico encontrado na literatura, foi-nos possível prestar a globalidade dos cuidados de forma autónoma, com exceção da manutenção dos ventiladores, uma vez que exige um maior grau de conhecimento e habilidades técnicas. A oportunidade de assumirmos a responsabilidade dos mesmos RN/famílias durante as quatro semanas, foi bastante facilitador para a nossa aprendizagem, permitindo-nos identificar as necessidades, atualizar o processo de enfermagem e respetivas intervenções, bem como avaliar a eficácia das mesmas, através dos resultados esperados. Também nesta unidade, todos os cuidados assentam nos pressupostos do cuidar em pediatria, sendo por vezes, mais difícil manter a participação dos pais nos cuidados face aos riscos e complexidade dos mesmos.

Para além dos vários cuidados de enfermagem inerentes a este tipo de unidades, pudemos realizar diversas técnicas e procedimentos, tais como, aspiração de secreções através do tubo naso/orotraqueal, colheita de sangue através do cateter umbilical, punções venosas, manutenção de cateteres centrais, administração de nutrição parentérica e de medicação endovenosa específica (ex: citrato de cafeína), contribuindo para o aperfeiçoamento de competências técnicas. Conseguimos estabelecer uma relação de confiança com os pais, demonstrando a nossa disponibilidade e conhecimentos perante o esclarecimento de dúvidas e promover a interação precoce dos pais com os filhos, através do contacto pele a pele, método canguru, o toque terapêutico, o adequado posicionamento e medidas não farmacológicas da dor, tais como administração oral de sacarose e sucção não-nutritiva.

Compreendemos a importância do acolhimento na UCIN, em que é fundamental demonstrar afeto, disponibilidade e saber escutar as preocupações dos pais face à situação em que o filho se encontra. É um dos principais momentos para se poder “mimar” os pais, tentando identificar as suas necessidades/preocupações emergentes e dar início ao planeamento de intervenções personalizadas, de modo a diminuir o impacto negativo que esta experiência pode ter. Pudemos observar o importante papel

que EEESIP desempenha na preparação dos pais para um ambiente munido de tecnologia e para o impacto visual que estes podem ter ao verem o seu filho “tão pequenino e frágil”, repleto de “tubos” e equipamentos”. A atitude de calma, tranquilidade e de esperança são fundamentais para que os pais se sintam confiantes e queiram participar nos cuidados. Muitas vezes, apenas o pai vem ver o RN pela primeira vez, uma vez que a mãe se encontra internada a recuperar do parto, pelo que o enfermeiro especialista incentiva o pai a tirar fotografia ou realizar uma filmagem, para posteriormente mostrar à mãe. Assim que a mãe se encontre estabilizada da sua condição física, é rapidamente agilizado o seu encontro com o filho de forma a promover a vinculação e a transição para a parentalidade. Neste encontro, são ainda realizados diversos ensinamentos aos pais sobre as vantagens do leite materno, incentivando a estimulação e extração do leite materno para posterior administração. Assim que possível, é promovido o aleitamento materno ou a alimentação oral através de copo e/ou tetina, consoante as situações e competências dos RN’s, capacitando os pais para a realização desta função.

O número máximo de RN/RNPT pelos quais ficámos responsáveis, foi três, sendo que numa situação particular, um deles não exigia cuidados técnicos tão complexos. Sobre este último, o facto de se encontrar internado por um longo período, constituiu-se num importante desafio para nós, uma vez que os pais detinham bons conhecimentos e competências no cuidado ao seu filho, potenciando-nos a necessidade de aprofundarmos o nosso saber teórico e prático por forma a responder adequadamente às suas questões, dúvidas e necessidades. A disponibilidade por nós demonstrada, a segurança na prestação de cuidados fundamentados na evidência científica e uma atitude assertiva, que passa sempre por se recorrer ao enfermeiro orientador em caso de desconhecimento de determinadas áreas do conhecimento, permitiu-nos desenvolver uma relação de confiança, um respeito e uma partilha de aprendizagens mútuas, essenciais na prestação de cuidados de alta qualidade.

Salientamos o desenvolvimento de competências no âmbito do posicionamento do RNPT, uma vez que a EEESIP que nos orientou, desenvolveu o seu projeto formativo e académico nesta área e implementou posteriormente um projeto de melhoria contínua da qualidade no serviço. O elevado nível de conhecimentos que a mesma detinha sobre este assunto, contribuiu bastante para a nossa aprendizagem, proporcionando-nos realizar a melhor prática e aumentar a qualidade dos cuidados prestados. Compreendemos isto, pela monitorização e avaliação dos sinais vitais, bem

como pela sua postura e fáceis do RN, aparentando estar confortável e tranquilo. Os “rolinhos” (através de panos), os *swaddle’s*, os bonecos em forma de polvo, são algumas estratégias muito importantes para manter o posicionamento e conforto adequados. Esta aprendizagem foi realmente marcante para nós, influenciando de imediato a nossa prática atual nos cuidados aos RNPTs, pelos quais somos responsáveis no nosso serviço, através da adoção sempre que possível de um adequado posicionamento com “rolinhos” face à inexistência de outros recursos materiais.

Tivemos ainda oportunidade de observar e participar num acolhimento a um RN, transferido de outro hospital, conseguindo compreender como se articulam as equipas inter-hospitalares. O RN, neste caso, era de termo e foi transportado pelo TIP, o que para nós foi também enriquecedor para alcançar os objetivos do projeto relativamente ao conhecimento do processo de comunicação neste tipo de transferência de cuidado. De ressaltar, que a enfermeira que realizou a transferência trazia colocado ao peito a mnemónica da ISBAR e realizou a transmissão de informação tendo em conta os critérios da mesma, no entanto, mesmo utilizando esta técnica, a falha de uma informação, potenciou um atraso na resposta a uma das necessidades do RN e exigiu o estabelecimento de um contacto telefónico com outros profissionais da instituição de origem para se poder prestar o cuidado necessário.

Apesar do nosso estágio decorrer essencialmente na UCIN, tivemos oportunidade de realizar dois turnos na unidade cuidados intermédios neonatais, permitindo-nos analisar e compreender a continuidade de cuidados, a evolução esperada do RNPT e importância do EEESIP na promoção das capacidades parentais, através dos inúmeros ensinamentos, instruções e treinos, tais como, alimentação oral ou entérica, cuidados de higiene, manutenção da temperatura corporal, posicionamento no berço, medidas de segurança. Aqui, é visível a promoção do modelo de parceria de cuidados de Anne Casey, pela excelente atuação por parte do EEESIP, através de um trabalho em conjunto com os pais, de modo a prepará-los para a alta e que estes sejam capazes de prestar autonomamente cuidados, quer familiares ou de enfermagem, uma vez que em determinadas situações, como é o caso, do RN com displasia broncopulmonar que vai necessitar de suplemento de oxigénio no domicílio.

No que respeita aos objetivos do projeto, foi realizada uma reunião com as enfermeiras orientadora e responsável que reconheceram a pertinência da temática, alertando que a equipa não tinha conhecimento sobre a técnica de ISBAR recomendada pela DGS, pelo que o nosso caminho foi realizado no sentido de debater o assunto da comunicação efetiva na transição de cuidados com a equipa de enfermagem e dar a conhecer a circular normativa da DGS, durante os momentos de PT, onde foram também abordadas questões referentes ao processo de nota de alta.

Após análise crítica dos momentos de passagem de turno, podemos referir que esta decorre no local de prestação de cuidados, de uma forma verbal e escrita, sendo anotadas as informações pertinentes em suporte de papel (documento não estruturado) que permanece com os enfermeiros até ao final do turno e no qual vão acrescentando as informações necessárias durante a prestação de cuidados. Antes de se iniciar a PT é pedido aos pais que se ausentem da sala de forma a garantir a confidencialidade das informações clínicas e poder-se debater assuntos mais sensíveis, respeitando os princípios da confidencialidade e do sigilo, inerentes ao exercício profissional do enfermeiro. Identificámos como fatores que podem comprometer a eficácia da comunicação, o ruído devido aos alarmes dos equipamentos e dos telefones, a impossibilidade de os enfermeiros se ausentarem da sala e diferentes formas de se transmitir a informação.

Como proposta de melhoria das práticas para promover a eficácia da comunicação nos momentos de transição de cuidados foi sugerido à enfermeira responsável e orientadora como projeto futuro de melhoria contínua da qualidade, a utilização de um instrumento comunicacional escrito durante a PT, baseado nos critérios da metodologia de ISBAR de forma a uniformizar a transmissão de informação. No final do estágio, a enfermeira responsável pela UCIN demonstrou interesse em mudar a médio prazo a metodologia atual de passagem de turno, sugerindo à equipa que se trabalhasse este assunto, no sentido de se transmitir a informação através dos focos sensíveis aos cuidados de enfermagem que constituem o processo de enfermagem para cada situação específica.

2.4.3. SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA

O terceiro estágio ocorreu num Serviço de Internamento de Pediatria (SIP), devendo-se a nossa escolha pelo interesse de conhecer e compreender a atuação do EEESIP em contexto da criança/família hospitalizada, quer num momento de doença aguda, quer de doença crónica, uma vez que este serviço pretende dar resposta às necessidades da população pediátrica com determinadas patologias específicas, tais como patologias do foro metabólico e genético, associando-se na maioria das vezes a uma condição crónica da criança/família e com necessidade de um acompanhamento mais regular e por tempo muitas vezes incerto. Tendo em conta a nossa experiência profissional em contexto de internamento, surgiu também uma vontade de conhecer outra realidade, outras formas de atuação, de modo a fomentar uma reflexão crítica sobre as nossas atuais práticas e compreender a importância da nossa intervenção, mas desta vez do lado de “fora”, pois muitas vezes no dia-a-dia somos confrontados com tantas adversidades e desafios, que nos “esquecemos” de refletir sobre o nosso importante papel que temos na qualidade de vida da criança/família. Outro motivo que nos despertou a vontade de conhecer este local de estágio, foi também por ser um serviço com o qual nos articulamos e referenciamos as crianças de quem cuidamos, muitas vezes, ainda numa fase inicial da sua sintomatologia, sem a certeza de um diagnóstico e/ou prognóstico.

A hospitalização constitui-se como um momento de grande angústia, ansiedade e *stress* para a criança, jovem e família face à nova realidade, na qual não estão à espera e necessitam de se adaptar num curto período de tempo, podendo originar experiências negativas, uma vez que se vêm confrontados com um ambiente totalmente desconhecido e rodeado de pessoas que lhe são estranhas. Apesar disto, os pais no hospital querem continuar a desempenhar o seu papel habitual enquanto cuidadores dos seus filhos, pelo que o EEESIP assume uma responsabilidade acrescida no incentivo e reforço deste processo, aceitando-os e integrando-os na equipa multidisciplinar de forma coesa, informando e orientando em tempo oportuno, maximizando a sua autoconfiança para que estes sejam capazes de gerir as suas emoções e reorganizarem-se em função da hospitalização do seu filho (OE, 2015b).

Respeitando o dever de informação, inserido no artigo 105º do CDE (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro), o EEESIP deve informar a criança/jovem e família sobre os tratamentos que vão ser realizados e torná-los parceiros nos cuidados, ou seja,

envolvendo-os nas tomadas de decisão em todo o processo de cuidados, desde a admissão até ao momento da alta. Para que isto aconteça, é necessário construir-se uma autêntica relação de confiança, com aceitação incondicional dos pais nesta parceria e encorajar os pais de forma a exprimirem as suas vivências, de modo a otimizar um planeamento de cuidados centrado nas suas expectativas e necessidades. O EEESIP deve ainda estar disponível, realizando uma escuta ativa, de forma a identificar não só os fatos concretos, como também os seus sentimentos (OE, 2015b).

Atendendo ao serviço em questão, que presta cuidados específicos a crianças/jovens e família com diversas patologias, das quais destacamos as do foro metabólico e genético, muitas vezes associadas a doença crónica, com prognósticos incertos, e que ao contrário da doença aguda em que existe uma recuperação total do estado de saúde, vai se prolongar por tempo incerto ou até mesmo até ao fim da sua vida, exigindo várias readaptações da criança/família ao longo do tempo, é fundamental prestar-se um cuidado contínuo e que estes sejam acompanhados por enfermeiros especializados e com competências muito específicas. A promoção da esperança requer um conhecimento profundo das respostas humanas face à doença, sendo essencial estabelecer-se uma relação terapêutica com estas crianças/famílias e ajudá-los a reencontrar respostas capazes de gerir a sintomatologia que advém da doença, visando o aumento do bem-estar e qualidade de vida das mesmas (OE, 2011).

O SIP é composto por especialidades médicas (Hematologia, Neurologia, Metabólicas, Endócrinas) e por uma Unidade Pluridisciplinar Assistencial, que se caracteriza por medicina geral. Define-se como um serviço de medicina, onde a variedade de patologias que recorrem ao mesmo é imensa, o que permite uma aquisição de conhecimentos mais alargada, uma procura constante por novos conhecimentos, e cuidados de enfermagem diferenciados e personalizados para cada criança/família. Para além do regime de internamento, este serviço dispõe ainda de regime de Hospital de Dia, sendo as especialidades referidas anteriormente as que recorrem a ambos os regimes. O intervalo de idades das crianças/jovens vai desde o 1º dia de vida até aos 18 anos, oficialmente. No entanto, existem casos pontuais (crianças com doença crónica) podendo ir até aos 21 anos.

A proveniência das crianças é maioritariamente pela Urgência Pediátrica, Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital de Dia do Serviço de Pediatria, Consulta de Pediatria, outros serviços de internamento pediátrico, e, embora menos frequente, de outros hospitais a nível centro e sul do País e Ilhas (Madeira e Açores).

No que respeita à sua localização, este encontra-se bem situado, pois possui duas portas de acesso, um elevador, que faz ligação direta com a Urgência Pediátrica e Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, e outra por outro elevador, permitindo acesso à Imagiologia, MFR, Assistente Social, Escola/Tele-Aula, entre outros. Em relação ao acesso a outros pisos de internamento pediátrico encontra-se numa posição central facilitando também o contacto e acesso com os mesmos.

Anteriormente já teve uma lotação superior, mas atualmente constitui-se por 16 camas, com 9 quartos, estando distribuídas duas camas por quarto, sendo que dois dos quartos são para regime de isolamento. Houve uma necessidade de reduzir o número de vagas de forma a permitir melhores condições físicas para os acompanhantes, maior espaço para as crianças internadas, pela necessidade de criar dois quartos de isolamento, e também de forma a melhorar a prestação de cuidados de enfermagem, principalmente em situações de urgência/emergência.

Durante o internamento, no período diurno, a criança/jovem pode estar acompanhada pelos pais, caso haja impossibilidade por parte de ambos, apenas pode ser substituído por um adulto responsável. No período noturno pode estar acompanhada apenas por uma pessoa. As visitas são permitidas duas vezes por semana, das 15:30h às 17:30h. Caso a criança não se encontre acompanhada, a visita não é permitida.

A metodologia de trabalho de enfermagem, é o método individual e responsável, em que cada enfermeiro assume a globalidade dos cuidados a prestar a cada criança/jovem e família que lhe é atribuído no início de cada turno. Os registos de enfermagem são escritos, realizados em folha própria para o efeito, assim como todo o processo clínico da criança/jovem e família, que é utilizado pela equipa multidisciplinar. A nota de transferência/alta é realizada num documento que foi desenvolvido pela enfermeira que nos orientou, estando este organizado estruturalmente por: identificação, antecedentes pessoais, resumo do internamento, caracterização familiar,

cuidados necessários a manter baseados nas atividades de vida, terapêutica para o domicílio, ensinamentos realizados e marcação de exames/consultas.

2.4.3.1. Objetivos específicos e atividades desenvolvidas

Objetivos Específicos	Atividades Desenvolvidas
Desenvolver competências de EEESIP na prestação de cuidados ao RN, criança, jovem e família em contexto de doença aguda ou crónica, maximizando a parentalidade e o seu ótimo bem-estar durante a hospitalização	<ul style="list-style-type: none">- Conhecimento da estrutura, funcionamento e dinâmica do SIP;- Conhecimento da dinâmica da equipa e sua metodologia de trabalho;- Integração na equipa multidisciplinar;- Consulta de normas, protocolos existentes no serviço;- Colaboração e participação na gestão de recursos humanos e materiais;- Conhecimento sobre o processo de continuidade de cuidados (ex: admissões, transferências, altas hospitalares)- Pesquisa de evidência científica atual e (re)leituras de bibliografia sobre o papel do EEESIP no contexto da criança/família em situação de doença aguda/crónica hospitalizada, com o intuito de mobilizar e aplicar conhecimentos que sustentem o nosso processo de ensino- aprendizagem;
Prestar cuidados de enfermagem especializados ao RN, criança, jovem e família em contexto de doença aguda ou crónica, maximizando a parentalidade e o seu ótimo bem-estar durante a hospitalização	<ul style="list-style-type: none">- Promoção da parentalidade durante a hospitalização da criança/jovem em situação de doença aguda/crónica;- Otimização de competências para capacitação dos pais na doença crónica, promovendo a parceria de cuidados;- Otimização de habilidades comunicacionais/relacionais com a criança/família em situação de doença aguda/crónica;

	<ul style="list-style-type: none">- Prestação de cuidados especializados ao recém-nascido, criança, jovem em contexto de doença aguda/crónica;- Realização de reuniões informais com o enfermeiro orientador para discussão e reflexão das práticas;
Sensibilizar a equipa de enfermagem sobre a temática da comunicação efetiva na transição de cuidados da criança/jovem e família	<ul style="list-style-type: none">- Reunião informal com as enfermeiras responsável e orientadora de modo a perceber a necessidade específica do serviço dentro da temática do projeto;- Discussão/Reflexão com a Enfermeira Orientadora e com a equipa sobre a metodologia atual utilizada na transmissão de informação entre os enfermeiros nos momentos de transferência do cuidado, durante as PT.- Divulgação da circular normativa sobre “Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde”, nos momentos de PT.
Analisar os processos de comunicação da equipa de enfermagem durante a transferência do cuidado	<ul style="list-style-type: none">- Observação e participação ativa nos momentos de transição de cuidados, tais como, admissões, transferências de unidades, altas para o domicílio;- Reflexão crítica sobre os processos de comunicação na transição de cuidados do RN/RNPT e sua família, identificando alguns fatores que possam influenciar a sua eficácia;- Discussão/Reflexão com a Enfermeira Orientadora e com a equipa sobre a metodologia atual utilizada na transmissão de informação entre os enfermeiros nos momentos de PT.
Propor estratégias para melhorar os processos de comunicação nos momentos de transição de cuidados,	<ul style="list-style-type: none">- Discussão/Reflexão com a enfermeira orientadora sobre os fatores identificados como dificultadores do processo de comunicação

adequadas ao SIP	efetiva entre a equipa de enfermagem nos momentos de transição de cuidados, do RN/criança/jovem e família;
-------------------------	--

2.4.3.2. Reflexão sobre as aprendizagens

Com este estágio terminado, podemos concluir que pela nossa experiência profissional no âmbito da criança/família hospitalizada, mais facilmente nos sentimos integrados no seio da equipa da enfermagem, considerando-nos em vários momentos como parte desta e rapidamente começámos a assumir a globalidade dos cuidados de forma autónoma. Na primeira semana, procedemos ao conhecimento da estrutura, funcionamento e dinâmica do serviço, bem como da equipa de enfermagem e sua metodologia de trabalho.

No SIP, o enfermeiro chefe de equipa atribui as crianças aos enfermeiros presentes no turno, visando assegurar a segurança, qualidade e continuidade de cuidados, pelo que tem em conta, o conhecimento prévio que os enfermeiros têm sobre as crianças/família, a relação de confiança estabelecida e também, a complexidade de cuidados e número de crianças internadas. O EEESIP assume assim, uma responsabilidade acrescida na gestão dos recursos humanos face às necessidades das crianças/famílias. Esta questão dificulta-se nos turnos da tarde e da noite pelo número reduzido de elementos da equipa, face ao turno da manhã. De ressaltar, que o enfermeiro chefe de equipa, para além de assumir a responsabilidade de toda a organização e gestão de cuidados e recursos humanos, ainda deve ser capaz de dar resposta à gestão dos recursos materiais de forma assegurar a qualidade e segurança dos cuidados. Como tal, e na tentativa de manter o ambiente seguro e a excelência dos cuidados, tenta-se que este não fique com crianças atribuídas para melhor responder às necessidades, mas nem sempre isto é possível.

Para além de todos os cuidados que tivemos oportunidade de prestar à criança/jovem e família e uma vez que a enfermeira orientadora era também o segundo elemento da equipa, foram realizadas diversas atividades referentes à área de gestão dos recursos humanos e materiais, tais como organização, validação de material/equipamentos do serviço, organização e gestão da totalidade dos cuidados, preparação do carro de medicação para as 24 horas seguintes, validação de *stocks* existentes no serviço, entre outros.

Como anteriormente mencionado, o acolhimento caracteriza-se não só por ser um momento crucial que facilita o estabelecimento de uma relação de ajuda entre o enfermeiro e a criança/família, mas também pela influência que este pode ter na experiência dos mesmos. No SIP, existe um documento escrito que explica todas as regras do serviço, com a particularidade de salvaguardar que todas as informações foram transmitidas e aceites, sendo necessário que os pais assinem este documento, assumindo desta forma um compromisso com a equipa multidisciplinar e com toda a instituição prestadora de cuidados. Um exemplar fica na posse dos pais/cuidadores e outro arquivado no processo clínico físico de cada criança.

Durante o estágio também se evidenciou a filosofia dos CNT adotada nos cuidados, pelo que perante a necessidade de realização de procedimentos foram sempre implementadas as medidas de conforto e diminuição da dor que têm vindo a ser referenciadas ao longo deste capítulo, tais como o brincar terapêutico, distração, leitura de livros, ressaltando-se aqui a presença das educadoras nestes momentos, sendo estas cruciais no apoio e promoção de medidas de conforto e diminuição do *stress*, medo e ansiedade. Ainda, sobre os procedimentos invasivos, quando é necessário realizar-se, destacamos a utilização do EMLA® sempre que possível como estratégia farmacológica da dor. O mesmo consiste num anestésico tópico local que deve ser colocado cerca de 1 hora antes da realização do procedimento e a quantidade que se pode colocar depende da idade da criança (DGS,2012). Como desvantagens, considera-se ser um processo moroso, que muitas vezes potencia o *stress* e ansiedade da criança/família, sendo necessário reavaliar as necessidades da criança/família e decidir-se qual a melhor intervenção, em conjunto com os pais, para dar a melhor resposta. Aqui existem outras medidas que podem ser adotadas, nomeadamente neste tempo de espera, a criança era incentivada a ir para a sala de brincar de forma a distrair-se e não pensar no procedimento.

No que concerne ao processo de enfermagem ressaltamos que pelo facto de ser realizado de uma forma escrita pode potenciar a ocorrência de incidentes, uma vez que nem sempre é fácil de interpretar algumas leituras devido à escrita de cada um. Outra preocupação que nos inquietou foi referente às prescrições de terapêutica que também se processam em suporte de papel e no mínimo duas vezes ao dia, a que é prescrita pelo médico, e a que é transcrita pelos enfermeiros para o respetivo “Kardex”, podendo igualmente aumentar o risco de erro/eventos adversos. O EEESIP, neste serviço assume a responsabilidade de supervisionar as prescrições da

terapêutica, organizar o “carrinho de medicação” para todas as crianças/jovens internadas até ao dia seguinte, sendo que necessita ser detentor de um elevado grau de conhecimentos sobre estas áreas específicas, para que não ocorram falhas, nomeadamente na identificação e localização dos medicamentos (em gavetas) de cada criança.

Da literatura, sabemos que o erro terapêutico em pediatria se constitui numa área primordial da segurança do doente, uma vez que podem ocorrer até três vezes mais nas enfermarias de crianças do que nas do adulto, contribuindo para um aumento na morbidade, mortalidade, monitorização e no custo dos cuidados e alta hospitalar tardia, sendo por isso, fundamental que o EEESIP, responsável não só pela preparação, administração, monitorização e identificação de possíveis efeitos indesejáveis relacionados com a terapêutica, assuma uma liderança na redução de erros/eventos adversos associados aos medicamentos, uma vez que os enfermeiros são a última linha de defesa para a sua prevenção (OE, 2012). Neste sentido, partilhámos com a enfermeira orientadora a nossa experiência profissional sobre as estratégias que fomos implementando no nosso serviço atual, visando a prevenção de erros medicamentosos e o aumento da segurança e qualidade dos cuidados, tais como a identificação da terapêutica considerada de alto risco através de etiquetas com as respetivas cores, locais diferentes de acondicionamento para medicamentos LASA (com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhantes), adoção de seringas de cor diferente para medicação intravenosa e oral, e do registo de dupla verificação (confirmado e assinado por 2 enfermeiros) de medicamentos de alerta máximo, conforme explanados na circular normativa nº 014/2015 da DGS (OE, 2012; DGS, 2014, 2015).

Ainda, durante o estágio, e atendendo à sua particularidade de assistir crianças/jovens com doença crónica, pudemos compreender a dinâmica da equipa multidisciplinar através das reuniões frequentes onde se debatem todas as questões que preocupam a família, por forma a dar a resposta mais adequada às suas necessidades. De referir, que o facto de existirem múltiplos profissionais de diferentes especialidades pode dificultar a relação interprofissional (especialmente médico-enfermeiro) pela sua elevada rotatividade e número de profissionais envolvidos nos cuidados, pelo que cabe ao EEESIP ser o profissional de referência, o veículo condutor de uma ponte sólida entre estes, facilitando o planeamento conjunto de

cuidados e a operacionalização do mesmo, por forma a dar a melhor resposta possível e obter os melhores ganhos em saúde.

Outra questão que salientamos, é a excelente articulação de cuidados entre o EEESIP e a Nutricionista, que em comparação com outros contextos, necessita de estar presente mais regularmente para acompanhar as crianças e pais, dadas as especificidades deste serviço. Como tal, foi possível assistir aos ensinamentos sobre o regime dietético personalizado que cada criança necessita, como é o caso particular da dieta cetogénica, caracterizada pelo seu alto teor de gordura e baixo teor de proteínas e de hidratos de carbono e reconhecida pelos resultados positivos que tem na redução de crises convulsivas (Ramos, 2001).

Para além das inúmeras aprendizagens que levamos deste estágio, e que permitiu consolidar e aperfeiçoar as nossas competências na área da criança/família hospitalizada, destacamos a importância que o modelo de Anne Casey assume perante a situação da criança com doença crónica, uma vez que esta vai necessitar de cuidados de enfermagem por tempo incerto no domicílio. Aqui o EEESIP desempenha uma importante responsabilidade na promoção do papel parental, reforço da parentalidade, capacitação dos pais face aos novos desafios, munindo-os de saberes teóricos e práticos essenciais para o cuidado dos seus filhos (com necessidades especiais) e ainda na promoção da esperança, não no sentido que “vai ficar tudo bem”, mas sim que “vai correr tudo bem”, mostrando a sua disponibilidade para que os pais sintam que podem recorrer a este sempre que necessário (OE, 2011). Para além do EEESIP ter de ser capaz de gerir todas as emoções, sentimentos ou dificuldades sentidas pela criança/família, também este tem de ser capaz de gerir as suas próprias emoções, uma vez que inerente à condição humana e ao cuidado de enfermagem está o amor, o carinho e a afetividade que surgem especialmente nestas situações.

Os internamentos programados para descanso dos cuidadores evidenciam-se como um cuidado de alta qualidade, uma vez que apesar da existência de assistência por parte das equipas dos cuidados paliativos no domicílio, nem sempre é possível dar uma resposta atempada a todas as necessidades inerentes a estas situações. O EEESIP deve ser capaz de promover o conforto, um ambiente seguro, “aliviar” os pais das “tarefas” físicas devido à dependência total de algumas crianças nas suas necessidades básicas de vida e assegurar que estes consigam desenvolver estratégias para se conseguirem adaptar às dificuldades/necessidades destas

situações. Da nossa vivência, podemos constatar que na grande maioria das vezes os pais não querem e “já não sabem” viver sem serem cuidadores, sem aquelas rotinas, sem aqueles momentos nos quais se têm dedicado ao longo do seu dia-a-dia. Nestas situações é muito importante que se desenvolva uma relação de confiança, que respeita a vontade dos pais, que permita manter dentro do possível as suas rotinas/tarefas diárias, contribuindo para que estes se sintam bem, apoiados e reconfortados. Esta parceria de cuidados e o estabelecimento de uma verdadeira relação de confiança são fundamentais para que os pais consigam, muitas vezes, apenas ir a casa, seja para organizarem as tarefas domésticas, seja para passear ou mesmo para dormir sem se encontrarem sempre num estado de alerta permanente, o que é importante é que consigamos proporcionar-lhes um momento de conforto para que estes consigam encontrar estratégias e sejam capazes de continuar a desempenhar os seus cuidados da melhor forma que o sabem fazer, porque os pais são de facto quem melhor conhecem os seus filhos e quem melhor sabem cuidar deles (Casey, 1993).

Sobre as nossas atividades relativas ao projeto no âmbito deste contexto, podemos inferir que após as reuniões com as enfermeiras responsável e orientadora, foi reconhecida a pertinência do tema, no entanto, fomos informados que a equipa não estaria sensibilizada para a importância da temática da comunicação eficaz na transição de cuidados, pelo que se aproveitaram os momentos de passagem do turno para promover a reflexão da equipa sobre a forma como esta se comunica nos momentos de transferência do cuidado e para apresentar a norma divulgada pela DGS, deixando-a disponível para consulta na sala de trabalho.

Relativamente à transmissão de informação durante a PT, esta ocorre em sala fechada e decorre em cerca de 30 minutos. A informação é transmitida de uma forma oral e escrita, em que apenas um enfermeiro regista os dados numa folha esquemática onde constam os números das unidades. A respetiva folha de PT fica na sala de trabalho, onde vão sendo anotadas as informações pertinentes ao longo do turno, servindo de orientação para a PT seguinte.

Após a nossa análise crítica sobre o processo de PT, identificámos alguns fatores que podem influenciar a eficácia da comunicação, tais como: equipa em constante mudança (pela entrada e saída de novos enfermeiros), entradas e saídas dos elementos na sala, ruídos dos telefones, diferentes formas de se transmitir a

informação e conflitos intra-equipa, que pontualmente acontecem em todas as equipas de trabalho, e se constituem como importantes momentos para o crescimento e desenvolvimento profissional destas.

No final do estágio tivemos oportunidade de refletir em conjunto com a enfermeira orientadora sobre os fatores anteriormente mencionados e como estes podem influenciar a eficácia da comunicação durante a PT, demonstrando que seria importante propor algumas mudanças na equipa, tais como, reduzir as entradas e saídas de elementos na sala durante a PT e promover momentos de reflexão e formação da equipa sobre questões que as preocupam no final da PT para evitar interrupções durante a transmissão de informações pertinentes.

Por fim, consideramos que este estágio foi bastante enriquecedor não só pelos conhecimentos e competências que adquirimos e desenvolvemos sobre os cuidados na criança com doença aguda/crónica (tais como: metabólicas, genéticas, entre outras), mas também pela nossa participação ativa e análise reflexiva das práticas de toda a atuação do EEESIP, responsável não só pela gestão de cuidados, mas também pela gestão de recursos materiais e humanos, visando promover a segurança e a alta qualidade dos cuidados.

2.4.4. SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

O último estágio, que decorreu durante oito semanas num Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), teve como principal objetivo adquirir e desenvolver competências do EEESIP que cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, nomeadamente nas situações particulares de urgência/emergência, sendo para isso necessário que este detenha um maior grau de conhecimentos e habilidades de modo a atuar eficaz e eficientemente num contexto imprevisível e em que a qualquer momento se pode ver confrontado com o agravamento clínico da criança ou mesmo com a sua morte. A escolha deste local deveu-se também, pelo nosso interesse pessoal de conhecer uma realidade, para nós até agora desconhecida, mas que num futuro próximo gostaríamos de desempenhar a nossa atividade profissional.

A triagem constitui-se num momento crucial que merece a nossa atenção, uma vez que é a primeira interação que ocorre entre o enfermeiro e a criança/família, sendo fundamental transmitir-lhes um sentimento de tranquilidade e confiança através de

uma atitude acolhedora e empática, demonstrando a sua total disponibilidade para dar resposta às suas necessidades e preocupações. Como tal, um dos grandes desafios é saber ouvir e comunicar eficazmente num período tão curto de tempo por forma a minimizar os efeitos negativos desta experiência.

É na triagem que os pais são informados sobre a dinâmica do atendimento e funcionamento do serviço, caso estes não o conheçam, sendo igualmente importante informar que a prioridade do atendimento se deve à gravidade da situação e não pela ordem de chegada e que em determinadas situações o tempo de espera não corresponde à cor da pulseira. Esta questão é importante, uma vez que a cor da pulseira pode contribuir para aumentar a ansiedade da criança/família, sendo crucial que o enfermeiro adote e adapte diferentes estratégias comunicacionais adequadas à singularidade de cada um, promovendo uma comunicação mais próxima com os pais, a fim de prevenir ou minimizar situações de tensão habitualmente causadas pelo medo e ansiedade. É assim, fundamental que o EEESIP demonstre sensibilidade face às questões do medo e ansiedade da criança/família e sempre que possível intervir-se no sentido de informar os pais sobre o tempo de espera, relativamente a resultados de exames, de forma a prepará-los e para que este consiga gerir as suas atividades mais atempadamente. Também, incentivar a participação da criança/pais em todos os cuidados é essencial para que estes mantenham um sentimento de controlo, com exceção das situações em que a condição clínica da criança não o permita (Diogo, Vilelas, Rodrigues, & Almeida, 2016).

A dinâmica inerente a um SUP, exige que os cuidados sejam prestados de uma forma rápida, sem grande oportunidade para esta participação e é neste momento que o enfermeiro especialista desempenha uma atuação fundamental na tentativa de promover esta interação para que as crianças/famílias colaborem nos procedimentos e nos passos que se vão seguir, minimizando desta forma o seu sofrimento (Diogo, Vilelas, Rodrigues, & Almeida, 2016).

Estruturalmente o SUP, no seu espaço interior encontra-se dividido em duas salas de triagem, sala de reanimação sala de tratamentos, sala de pequena cirurgia, duas unidades de internamento (uma para crianças até aos 3 anos e outra para crianças dos 3 aos 18 anos), vários gabinetes médicos e uma sala para realização de terapêutica de nebulização, que também funciona como sala de espera onde ficam as crianças que necessitam de uma maior vigilância. Existe ainda outro local de espera

dentro do serviço, onde as crianças/família aguardam para ir realizar exames ou quando inspiram uma necessidade maior de vigilância, como é o caso das crianças que apresentam vômitos incoercíveis ou com suspeita de fraturas. Relativamente ao espaço exterior existem duas salas de espera que se encontram separadas do espaço interior através de portas fechadas e com controlo de saídas e entradas por parte de um profissional da área de segurança.

O SUP presta assistência a crianças/jovens com idades compreendidas entre os 0 e os 18 anos, que à chegada se inscrevem no secretariado e posteriormente é chamada à triagem, onde é realizada uma primeira avaliação e aplicada a Triagem de Manchester de acordo com a queixa apresentada, e que conforme os critérios de avaliação é gerada uma prioridade. Esta é definida através de um sistema de pulseira que pode ter 5 cores diferentes: vermelha (emergente), laranja (muito urgente), amarela (urgente), verde (menos urgente) e azul (não urgente). A cada prioridade correspondem tempos de atendimento diferentes, existindo uma adequada mobilização de recursos humanos por forma a dar a melhor resposta (DGS, 2018). Após a triagem, a criança regressa à sala de espera para aguardar e posteriormente, ser observada pela equipa médica. Dependendo da situação clínica em que a criança se encontre, pode haver necessidade de se iniciar determinados procedimentos, tais como aerossoloterapia ou oxigenoterapia e fica numa sala onde os enfermeiros conseguem realizar uma vigilância mais adequada do seu estado de saúde. Se houver alteração da sua condição clínica, a criança é reavaliada, podendo haver necessidade de se redefinir a prioridade do atendimento. Nos casos em que é necessário ficar internada, tenta-se que o internamento não exceda as 72 horas, pelo que se situação clínica estável e necessidade de manter-se internada, é transferida para o serviço de pediatria.

No SUP existem protocolos, tais como o da dor e da febre, permitindo que o EEESIP intervenha autonomamente perante estas situações através da administração de terapêutica analgésica e/ou antipirética. Face a situações de urgência/emergência da criança, esta é observada e avaliada na sala de reanimação que se encontra munida de todo o equipamento necessário para dar uma resposta atempada às suas necessidades. Nestas situações, o EEESIP gere e mobiliza os recursos humanos existentes, definindo qual o posto que cada elemento da equipa deve assumir durante as situações em que a criança apresente um estado de saúde gravemente comprometido.

Relativamente à continuidade de cuidados, o SUP recebe crianças referenciadas das Unidades de Cuidados de Saúde Primários e de outras unidades hospitalares. Assegura ainda, a manutenção de alguns cuidados em regime de ambulatório, tais como, a manutenção de antibioterapia de 8 em 8 horas e as reavaliações clínicas consoante a sua necessidade, pelo que é entregue um documento no dia seguinte na triagem, funcionando como uma referenciação e atribuindo-lhe a prioridade correspondente.

Nas situações em que existe suspeita de maus tratos, negligência ou outras situações graves, as crianças são sinalizadas e referenciadas para os profissionais e unidades especializadas nestas áreas.

Os registos de enfermagem são realizados através do Sistema Alert®, permitindo facilitar o acesso da informação a outros profissionais envolvidos nos cuidados, como é o caso da equipa médica que seguidamente vai observar a criança.

2.4.4.1. Objetivos específicos e atividades desenvolvidas

Objetivos Específicos	Atividades Desenvolvidas
Desenvolver competências de EEESIP na prestação de cuidados à criança/jovem e família em situação de especial complexidade, promovendo um ambiente seguro e a maximização do papel parental, no contexto do SUP	<ul style="list-style-type: none">- Conhecimento da estrutura, funcionamento e dinâmica do SUP;- Conhecimento da dinâmica da equipa de enfermagem e sua metodologia de trabalho;- Consulta de normas, protocolos existentes no serviço;- Pesquisa de evidência científica atual e (re)leituras de bibliografia sobre o papel do EEESIP em situação de doença aguda/crónica da criança/jovem e família no contexto de SUP, com o intuito de mobilizar e aplicar conhecimentos que sustentem o nosso processo de ensino- aprendizagem;- Aquisição e desenvolvimento de conhecimentos referentes à Triagem de Manchester;- Aquisição e desenvolvimento de conheci-

	<p>mentos relativamente à gestão de cuidados e liderança de equipa;</p> <ul style="list-style-type: none">- Desenvolvimento de competências na gestão do medo e ansiedade da criança/pais no contexto do SUP (ex: nas situações de tensão emocional face ao tempo de espera no SUP);- Aquisição de conhecimentos e competências referentes aos riscos inerentes à prestação de cuidados no contexto do SUP;- Otimização de competências profissionais no âmbito da identificação de sinais/sintomas de doença aguda e sinais de complicações na criança/jovem e família que possam comprometer a sua qualidade de vida ou o processo natural de recuperação de doença;
<p>Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família em situação de especial complexidade, promovendo um ambiente seguro e a maximização do papel parental, no contexto do SUP</p>	<ul style="list-style-type: none">- Gestão e implementação de medidas não farmacológicas e farmacológicas da dor (ex: EMLA®, protóxido de azoto);- Prestação autónoma de cuidados especializados à criança/jovem em situação de doença aguda, promovendo uma comunicação eficaz e empática, um ambiente seguro e maximizando o papel parental no contexto do SUP;- Identificação de sinais/sintomas de doença aguda, bem como sinais de alarme que possam comprometer a sua qualidade de vida ou o processo natural de recuperação de doença;- Reconhecimento dos riscos inerentes aos cuidados do SUP, visando a prevenção de complicações decorrentes da prestação de cuidados num ambiente com complexidade de cuidados acrescida;- Realização de reuniões informais com o

	enfermeiro orientador para discussão e reflexão das práticas;
Sensibilizar a equipa de enfermagem sobre a temática da comunicação efetiva na transição de cuidados da criança/jovem e família	<p>- Reunião informal com as enfermeiras responsável e orientadora de modo a perceber a necessidade específica do serviço dentro da temática da comunicação efetiva entre a equipa de enfermagem na transição segura de cuidados da criança/jovem e família no contexto do SUP;</p> <p>Discussão/Reflexão com a enfermeira orientadora e equipa sobre o processo de comunicação efetiva entre a equipa de enfermagem nos momentos de transição de cuidados, criança/jovem e família em situação de doença aguda no contexto de SUP;</p> <p>- Divulgação da circular normativa da DGS sobre “Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde” à equipa de enfermagem durante os momentos de PT.</p> <p>- Aplicação de um questionário à equipa de enfermagem, intitulado de “Questionário sobre a Prática de Passagem de Turno de Enfermagem”.</p> <p>- Partilha dos resultados do questionário com a equipa de enfermagem;</p>
Analisar os processos de comunicação da equipa de enfermagem durante a transferência do cuidado	<p>- Observação e participação ativa nos momentos de transição de cuidados, tais como passagem de turno, transferências de serviços, altas para o domicílio;</p> <p>- Reflexão crítica sobre o processo de comunicação na transição de cuidados da criança/jovem e sua família, identificando alguns fatores que possam influenciar a sua eficácia.</p>
Propor estratégias para melhorar os processos de comunicação nos	- Sugestão de elaboração de um instrumento comunicacional em suporte de papel intitula-

momentos de transição de cuidados, adequadas ao SUP	do de “Passagem de Turno”, para ser utilizado durante a PT.
--	---

2.4.4.2. Reflexão sobre as aprendizagens

A realização deste estágio constituiu-se num excelente contributo para a nossa aprendizagem académica e profissional, sendo um área na qual ainda não tínhamos experiência, e pela qual temos um profundo respeito pelos colegas que exercem a sua atividade profissional neste local, visto que se encontram submetidos a um elevado nível de tensão pela afluência de crianças/famílias e pela constante alteração da dinâmica da equipa, por forma a dar a melhor resposta às necessidades da população. Sendo o estágio mais longo, foi onde tivemos mais oportunidades para aperfeiçoar as competências adquiridas e desenvolvidas, quer no âmbito da atividade profissional, quer da aprendizagem académica, no que diz respeito a toda a dimensão que envolve o cuidar da criança/família e também referentes ao projeto desenvolvido.

Encontrando-nos assim numa fase final do nosso processo de aprendizagem, pretendemos destacar algumas das nossas experiências que contribuíram para o nosso crescimento pessoal e profissional de uma forma breve, uma vez que muitos dos conhecimentos e competências já adquiridas têm vindo a ser descritas e fundamentadas ao longo dos estágios anteriores, que a par dos outros locais de estágio, também se constatou a atuação do EEESIP assente em todas as filosofias e modelos do cuidar em pediatria: CCF, CNT e Parceria de Cuidados de Anne Casey.

Nas primeiras semanas de estágio, foi decorrendo sem dificuldade o processo de integração e conhecimento da estrutura, funcionamento e dinâmica do serviço, bem como da equipa multidisciplinar, onde conseguimos perceber a excelente relação de proximidade que têm, pela necessidade de uma vigilância adequada das crianças, uma vez que em qualquer momento podem sofrer alteração no seu estado clínico, exigindo intervenções imediatas por forma a responder atempadamente às suas necessidades e evitar complicações no seu processo de doença.

Relativamente ao espaço físico do SUP, nas unidades, constatámos a existência de algumas lacunas físicas que podem comprometer a privacidade das crianças/famílias e segurança dos cuidados, pela inexistência de cortinas que separem as respetivas

camas onde se encontram alocadas as crianças. Perante isto, é evidente o importante desafio com que o EEESIP se depara na tentativa de implementar estratégias para colmatar estas falhas, muitas vezes estruturais e difíceis de gerir. Para tal, existe um “biombo” que permite manter a privacidade da criança/família quando necessário prestar cuidados que impliquem alguma exposição corporal, ou mesmo quando necessário realizar procedimentos invasivos no leito, que podem comprometer em simultâneo, o bem-estar de outras crianças/famílias, também presentes nestas unidades e ainda quando é necessário amamentar um bebé neste local. Sobre esta última, o SUP dispõe de um local específico onde as mães podem amamentar com o máximo de tranquilidade e privacidade possível (tendo em conta a dinâmica do próprio serviço). Este local denominado de “cantinho da amamentação” pretende promover um ambiente acolhedor, a privacidade e a educação, uma vez que também se encontram afixadas neste espaço um conjunto de imagens e informações sobre amamentação, tais como, as vantagens do leite materno, a técnica correta de amamentação, entre outras, refletindo a filosofia do cuidado humanizado.

Outro assunto que preocupa a equipa é a questão dos isolamentos, principalmente nas situações em que a criança está colonizada com um agente multirresistente ou perante a suspeita de algum caso passível de ser transmitido a outras crianças. Perante isto, procede-se imediatamente à utilização de equipamentos de proteção individual, adequados ao tipo de infeção/colonização e realiza-se uma zona de coorte através de uma cama. Assim, quando a criança apresenta uma melhoria da sua condição clínica e mantém a necessidade de internamento, é transferida para o serviço de pediatria, onde existem quartos individuais, permitindo desta forma dar a melhor resposta perante as necessidades desta.

A EEESIP que nos orientou, era também chefe de equipa em todos os turnos que realizámos, o que nos permitiu compreender o seu papel no âmbito da gestão de todos os cuidados num contexto com tamanha complexidade e sujeito a rápidas mudanças, nomeadamente na distribuição dos elementos da equipa de enfermagem pelas unidades e na mobilização atempada dos mesmos, para dar resposta à afluência das crianças e às situações em que houvesse necessidade de assistir crianças na sala de reanimação, sendo necessário deter uma competência especializada e acrescida para rapidamente agir e prevenir situações que possam comprometer a segurança e qualidade dos cuidados.

Outra questão que ressalvamos como um especial momento de aprendizagem, foi a excelente capacidade que a enfermeira orientadora demonstrou na gestão de conflitos, em que muitas vezes, os pais apresentam um comportamento mais agressivo com os profissionais de saúde, através de uma atitude calma, demonstrando tranquilidade e empatia e conseguindo gerir da melhor forma estes momentos de *stress* e ansiedade, quer para as crianças/pais, quer para os próprios profissionais de saúde.

Relativamente à nossa experiência na sala de reanimação, constatámos o excelente trabalho de equipa, em que o EEESIP mobilizava os enfermeiros para os respetivos postos de atuação e, ao mesmo tempo, comunicava com a criança/pais de uma forma tranquila e assertiva na tentativa de diminuir o medo, ansiedade e o *stress*, de modo a obter-se os melhores resultados. Aqui compreendemos o importante papel da comunicação eficaz e empática, que permite uma maior colaboração da criança e participação dos pais nos cuidados, contribuindo para que estes assumam também um controlo da situação e sejam capazes de tranquilizar a criança. De ressalvar, que em momento algum, é pedido aos pais para se ausentarem e que estes estão sempre presentes em todo o processo de prestação de cuidados emergentes à criança.

Ainda, destacamos ser imperativo, determos habilidades comunicacionais que permitam comunicar com a criança consoante a sua faixa etária, o seu contexto social e cultural. Esta questão por vezes dificulta-se pela barreira linguística e exige que o EEESIP, para além de dominar a comunicação verbal, muitas vezes tenha de recorrer à utilização da linguagem não-verbal, através de gestos e comportamentos para poder obter o consentimento de determinados procedimentos ou intervenções. Numa situação não emergente, e para que seja possível assegurar que a família compreenda as informações que se pretendem transmitir, o enfermeiro mobiliza estratégias, tais como consultar a norma de procedimento nestas situações, em que existe uma lista de frases “chave” em várias línguas, que auxiliam num melhor entendimento entre estes. Também existe um conjunto de profissionais tradutores que podem ajudar em determinadas situações mais complexas.

Durante o último estágio, tivemos ainda oportunidade de realizar um dia de observação no Centro de Desenvolvimento da Criança, que presta cuidados de prevenção, diagnóstico e tratamento a toda a criança/família com patologias do foro neurológico, aguda ou crónica e perturbações do desenvolvimento. Neste centro são

ainda realizadas as Consultas de Neonatologia e de Espinha Bífida. A consulta que assistimos foi referente a uma criança com paralisia cerebral, onde observámos a importante atuação do EEESIP no acompanhamento destas crianças/famílias, responsabilizando-se por todos os cuidados e fazendo a ponte com a equipa multidisciplinar e outros profissionais/unidades especializadas. A consulta iniciou-se com uma avaliação detalhada do crescimento e desenvolvimento infantil, através de escalas adaptadas às necessidades destas crianças, permitindo ter um maior conhecimento sobre as suas competências e evolução estatuto-ponderal de forma a intervir atempadamente. Se detetada alguma alteração fora do padrão que é esperado, o enfermeiro redefine um conjunto de intervenções para dar resposta às suas reais ou potenciais necessidades. Como exemplo, salientamos a dificuldade alimentar que muitas vezes surge no decorrer deste tipo de patologias e que podem comprometer o crescimento e desenvolvimento, e a segurança das crianças, pela diminuição da ingestão nutricional e pelo risco de aspiração. Perante estas situações, é efetuada uma articulação com outros profissionais especializados para que em conjunto definam um novo plano de cuidados, adequado às necessidades específicas de cada criança/família. Também durante a consulta conseguimos compreender a relação de proximidade que existe entre o enfermeiro e os pais, onde assenta uma relação de confiança, permitindo que os pais se sintam bem, para verbalizar todas as suas dificuldades/necessidades no decorrer deste processo de doença crónica, que vai ser longo e muitas vezes por um tempo incerto.

Também numa consulta que assistimos, compreendemos o “outro lado” do dia-a-dia destas famílias, através das dificuldades que foram verbalizadas pelos pais, como foi o caso de uma mãe que demonstrou a sua preocupação entre ter que gerir a sua atividade profissional e a ida da criança com necessidade de cadeira de rodas para a escola, devido aos horários deste transporte especializado. O EEESIP demonstrou de forma exemplar os seus conhecimentos e competências específicas nesta área, através da prestação de cuidados holísticos, procurando ouvir e compreender todas as reais/potenciais necessidades desta família e informá-la sobre os apoios a que têm direito nestas situações.

Foi também importante conhecer os projetos existentes neste centro que visam promover encontros entre pais/crianças com as mesmas necessidades, assim como atividades (ex: piscina), proporcionando momentos de partilha e lazer de forma a facilitar a inserção social destas crianças/famílias na comunidade. Importa referir, o

investimento na área de investigação e formação que é realizado neste local, destacando-se as reuniões que acontecem duas vezes por ano, em que as equipas do hospital e de intervenção local se reúnem para debater casos de crianças/famílias (com a respetiva autorização dos pais) por forma a refletir sobre todas as dimensões inerentes ao cuidar destas crianças e poderem identificar estratégias de melhoria para aumentar a qualidade dos cuidados.

Durante o estágio, pudemos ainda observar a consulta de Diabetes Mellitus tipo I, que foi bastante enriquecedor para a nossa aprendizagem como futuros enfermeiros especialistas. Nesta, procura-se intervir no controlo da sintomatologia e promover o reforço positivo e a capacitação dos pais para manterem um adequado estado de saúde, atendendo sempre às necessidades e dificuldades verbalizadas pelos pais. Na nossa prática profissional já detemos bons conhecimentos sobre esta patologia, uma vez que no início da doença e perante a confirmação do diagnóstico, assumimos a total responsabilidade de ensinar, instruir e treinar os pais durante o internamento, para que estes sejam capazes de cuidar dos seus filhos em casa, mas após a alta raramente voltamos a ter contacto com estas crianças/famílias, assumindo que está tudo a “correr” dentro do que é esperado para estas situações. De facto, esta consulta permitiu-nos compreender que os conhecimentos e competências especializadas do EEESIP que acompanha estas crianças/famílias regularmente marcam a diferença no decorrer do processo desta doença, através dos resultados positivos que tivemos oportunidade de observar, tais como controlo das glicémias, regime alimentar saudável, entre outros.

Relativamente às atividades do projeto, procedeu-se inicialmente a reuniões com as enfermeiras orientadora e responsável para avaliar a necessidade do serviço referente à temática do projeto, que reconheceram a pertinência do tema e informaram que a equipa não estaria ainda sensibilizada para metodologia de ISBAR como a técnica recomendada pela DGS para uma adequada transmissão de informação. Assim, todo o nosso caminho percorrido neste local de estágio procurou realizar atividades que fossem ao encontro das necessidades da equipa, aproveitando-se os momentos de passagem de turno, em que esta se encontrava reunida, para abordar as questões da comunicação efetiva na transição de cuidados e divulgar a norma da DGS.

Procedemos à análise reflexiva das práticas sobre os momentos de transição de cuidados e ressalvamos que a PT no SUP ocorre nas unidades onde se encontram

presentes as crianças/pais, de uma forma oral entre os enfermeiros (que utilizam um tom mais baixo para não comprometer a confidencialidade de dados) e escrita em suporte de papel, numa folha branca, onde os enfermeiros vão apontando as informações pertinentes sobre cada criança/família, que garantam a continuidade de cuidados. Após observação e participação ativa nos momentos de PT e discussão com a enfermeira orientadora, foi possível identificarmos alguns fatores que podem influenciar a eficácia da comunicação, tais como, a impossibilidade do enfermeiro de se ausentar do local da prestação de cuidados, ruídos dos equipamentos e diferentes formas de transmitir a informação por parte dos enfermeiros. Salientamos que sempre que exista um assunto mais delicado para ser debatido, a equipa reúne-se numa sala fechada onde em conjunto decidem o melhor plano de cuidados para dar resposta às necessidades de cada criança/família.

Recorremos aos momentos de PT para apresentar a circular normativa da DGS (2017) sobre “Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados”, mais especificamente o modelo explicativo da metodologia de ISBAR e promover a reflexão da equipa sobre as suas práticas atuais de comunicação durante os momentos de transição de cuidados. Ainda, com o propósito de avaliar a perceção dos enfermeiros durante o momento de PT e ampliar o nosso conhecimento na área da investigação decidimos aplicar um questionário à equipa de enfermagem, pelo que procedemos às etapas necessárias para a sua aplicação, nomeadamente ao pedido de autorização da autora do questionário (**APÊNDICE V**) para a sua utilização, da instituição (**APÊNDICE VI**), e o respetivo consentimento informado dos participantes (**APÊNDICE VII**).

O questionário (**APÊNDICE VIII**) de aplicação à equipa de enfermagem utilizado, foi criado por *O’Connell, MacDonald e Kelly (2008)* e adaptado por *Tranquada (2013)*, que posteriormente o validou para os enfermeiros da população portuguesa para poder aplicá-lo. Com a aplicação do questionário pretendeu-se avaliar a perceção dos enfermeiros durante o momento de PT. A análise dos dados foi realizada com apoio da Docente Orientadora, através do programa informático estatístico *Statistic Package for the Social Sciences*, versão 2, com o objetivo de sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados.

Dos questionários entregues (total de 24) foram devolvidos 23, correspondendo a uma taxa de adesão de **95,83%**. Tendo em conta o número total de enfermeiros que responderam aos questionários, considerámos como opinião consensual o número

superior a 14 enfermeiros que responderam concordo totalmente/concordo parcialmente às afirmações incluídas no questionário. Após análise dos dados explanados na tabela 1 (**APÊNDICE X**), foi possível concluir que a opinião dos enfermeiros é consensual relativamente a todas as afirmações do questionário, com exceção da afirmação, referente a: “já tive de contactar o/a enfermeiro anteriormente responsável pelos meus doentes, para obter mais informações sobre estes” (5% concorda totalmente e 4% concorda parcialmente) e “conheço o procedimento multisectorial da instituição para realização da passagem de turno” (0% concorda totalmente e 9% concorda parcialmente), constatando-se que alguns elementos da equipa não tinha conhecimento da norma institucional sobre a passagem de turno.

Com os dados obtidos da aplicação dos questionários e tendo em conta a evidência científica sobre uma adequada transmissão de informação durante a passagem de turno, e ainda após as reuniões com a enfermeira orientadora, concluímos que de uma forma geral a equipa de enfermagem considera que o momento da PT se processa de acordo com o que é preconizado. No entanto, a questão nº 10 - “A informação transmitida é subjetiva” (4% concorda totalmente e 58% parcialmente), fez-nos refletir sobre este assunto, uma vez que não vai ao encontro da literatura, salientando que esta deve ser clara, concisa e objetiva. Posto, isto, no final do estágio foi elaborado um documento em suporte de papel (a título de exemplo), baseada nos critérios da metodologia de ISBAR, por forma a auxiliar os registos e a passagem de turno, tal como recomendado pela DGS, que poderá ser utilizada pelos enfermeiros do SUP. Por fim, também aproveitámos um momento de PT para partilhar com a equipa a norma institucional sobre a passagem de turno, relembrando à equipa que para além da importância que este momento tem para a continuidade e segurança dos cuidados da criança/jovem e família, representa também uma excelente oportunidade de análise das práticas, e um momento de socialização e de integração nas equipas de saúde.

Posto isto, consideramos este estágio muito enriquecedor para o desenvolvimento de conhecimentos e competências de enfermeiro especialista e do EEESIP, pelas inúmeras intervenções que pudemos realizar durante a prestação de cuidados, tais como, avaliação da criança no momento da triagem, identificação de sinais/sintomatologia de agravamento clínico, prestação de cuidados na sala de reanimação, compreensão da dinâmica e gestão da equipa perante situações emergentes, parceria de cuidados com a criança/família em momentos com elevados níveis de *stress*, medo ou ansiedade, maximização do papel parental perante uma

situação de doença aguda da criança. O desafio a que nos propusemos relativamente à aplicação dos questionários contribuiu bastante para o desenvolvimento de conhecimentos e competências na área da investigação, o que nos permite futuramente continuar a desenvolver e a participar em projetos de melhoria contínua da qualidade.

3. ANÁLISE REFLEXIVA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO EEESIP E DE MESTRE

No presente capítulo, pretende-se descrever sucintamente todo o caminho académico e formativo percorrido desde o Estágio I até ao Estágio Final baseado no desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista, através de uma autêntica reflexão entre os factos ocorridos e a evidência científica e objetivando a aquisição do Grau de Mestre e o título de Enfermeiro Especialista na área de especialização de Saúde Infantil e Pediátrica.

O título de Enfermeiro Especialista reconhece as competências científicas, técnicas e humanas específicas e especializadas, independentemente da área de intervenção que visam dar as respostas mais adequadas às necessidades de cada pessoa, que vão surgindo ao longo da sua vida ou decorrentes de problemas de saúde, através de um elevado nível na qualidade dos cuidados que presta. Para tal, os enfermeiros especialistas devem ser detentores de um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem para que, além dos cuidados gerais, estes possam prestar cuidados nas diferentes áreas clínicas de cada especialidade (OE, 2015c, 2018b, 2019b).

Também Benner (2001), considera que o enfermeiro especialista, para além de todos os conhecimentos técnicos que deve deter, deve ser capaz de tomar decisões, ser flexível, responsável e criativo, ter um espírito crítico, comunicar eficazmente sustentando a sua prática numa conduta ética e deontológica, que se encontra bem definida no CDE e com a qual temos assumido um profundo compromisso ao longo da nossa vida profissional. A mesma autora, defende que os enfermeiros vão construindo ao longo do seu exercício profissional, capacidades e habilidades, a partir de uma estrutura educacional adequada e de um amplo número de experiências e, que ao

mesmo tempo, vão adquirindo e desenvolvendo um conjunto de saberes teóricos que se refletem nas situações concretas da prática clínica (Benner, 2001).

O conhecimento da Enfermagem traduz-se assim, pelas ações sustentadas no saber teórico e não apenas na sua execução ou reprodução destas, englobando indissociavelmente a capacidade de adaptar a conduta à situação complexa, que se sustenta nos conhecimentos previamente adquiridos (OE, 2015c). Assim, os enfermeiros devem ter a oportunidade durante o seu percurso profissional de se depararem com o maior número de situações e experiências no contexto clínico, como foi o caso do nosso percurso académico, que nos permitiu estagiar em quatro contextos diferentes e desta forma contactarmos com o máximo de experiências possíveis, sendo nós os principais atores do nosso processo de aprendizagem em que intervimos perante os problemas identificados, através de uma prática reflexiva baseada na nossa experiência enquanto profissionais.

As competências comuns de Enfermeiro Especialista que fomos desenvolvendo ao longo do nosso processo de aprendizagem sustentaram-se em quatro domínios distintos, nomeadamente no da responsabilidade profissional ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2015c; 2019b). Asseverando que as competências de mestre se associam na maioria das vezes ao domínio das competências de enfermeiro especialista e que grande parte das atividades desenvolvidas são comuns aos diferentes contextos de estágio, decidiu-se realizar uma análise conjunta das mesmas neste relatório.

No caso do EEESIP, este assenta a sua prática profissional no modelo concetual centrado na criança e família, e todo o trabalho que desenvolve se baseia numa parceria de cuidados, independentemente do contexto em que esta se encontre, desde que necessite dos seus cuidados especializados e de excelência, que têm como missão dar a melhor resposta face às necessidades da mesma, promovendo o seu mais elevado estado de saúde (OE, 2018b). Como focos sensíveis à sua área específica de intervenção, o EEESIP presta cuidados centrados na promoção do desenvolvimento saudável da criança/jovem, maximizando a sua saúde e o seu ótimo bem-estar e na prevenção de complicações ou problemas que possam influenciar negativamente a sua qualidade de vida ou ameaçar a sua própria vida (OE, 2018b).

Dada a especificidade das competências ora mencionadas, tentaremos analisá-las de uma forma individualizada.

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E DE MESTRE

As competências comuns de Enfermeiro Especialista que fomos desenvolvendo ao longo do nosso processo de aprendizagem sustentaram-se nos domínios seguintes (OE, 2019b):

- **responsabilidade profissional ética e legal,**
- **melhoria contínua da qualidade;**
- **gestão dos cuidados;**
- **desenvolvimento das aprendizagens profissionais.**

O enfermeiro com o grau de mestre e especialista numa determinada área da especialidade, é aquele que é capaz de “integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem” e assumir uma maior responsabilidade na prestação de cuidados (Decreto-Lei nº63/2016 de 13 de setembro). Para isto, sustentámos toda a nossa prática profissional e o nosso caminho formativo na evidência científica e numa conduta ética e deontológica inerente ao exercício profissional do enfermeiro, e que respeita os princípios e valores inerentes à enfermagem e à investigação, onde procurámos sempre integrar o respeito pelos direitos humanos, pelos direitos da criança e pelos direitos explanados na Carta da Criança Hospitalizada, assumindo um profundo compromisso com o Código Deontológico do Enfermeiro. Este último, sustentou todas as nossas tomadas de decisão, pelo que se decidiu ressaltar apenas as principais premissas que fundamentam a prática especializada na área de saúde infantil e pediátrica.

A população pediátrica, pela qual somos responsáveis por todos os cuidados, apresentam características particulares que os torna mais vulneráveis, sendo fundamental que asseguremos os valores humanos (artigo 102º), que estas tenham

direito ao cuidado (artigo 104º), que os cuidados que prestamos sejam de excelência (artigo 109º) e que se baseiem numa filosofia de cuidados humanizados (artigo 110º) (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro).

Durante a nossa prestação de cuidados todas as tomadas de decisão se basearam nos pressupostos do CDE, salientando os valores humanos, o dever à informação e o respeito pelos princípios da autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. Nos cuidados que prestámos, e atendendo à idade da criança e/ou suas capacidades cognitivas, respeitámos sempre a sua decisão face aos cuidados que tivemos de realizar, informando-os previamente do que iríamos fazer (artigo 105º), assegurando-nos da correta compreensão da informação transmitida, proporcionando-lhes a liberdade de decidir sobre as suas escolhas e apenas intervir após o seu consentimento livre e esclarecido (artigo 104º). Adotámos sempre uma atitude assertiva, na qual se iniciava por nos apresentarmos à criança/família enquanto estudantes e, seguidamente solicitávamos a sua permissão para podermos observar e prestar os cuidados necessários. Os cuidados prestados basearam-se ainda no princípio fundamental de maximizar o benefício e minimizar o prejuízo, que vai ao encontro do modelo dos CNT do cuidar em pediatria e numa convicção de que o nosso conhecimento técnico visa fazer o bem. O princípio de justiça foi também respeitado durante toda a nossa atuação proporcionando o direito de igualdade e de cuidar de todos da forma mais adequada, respeitando-os nas diferentes variáveis que os constituem, tais como a cultura, a religião ou contexto social (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro).

Perante o primeiro contacto estabelecido com a criança/família tentámos sempre respeitar todos os princípios acima mencionados, nomeadamente no momento da colheita de dados, que assume uma importante etapa do processo de cuidar para melhor conhecimento destes e a quem vamos iniciar todo um plano de cuidados. Para tal, garantimos que esta informação era obtida, sem a presença de outras pessoas e que a partilha da mesma é apenas realizada com os profissionais envolvidos nos cuidados. Estas intervenções foram realizadas em todos os contextos de estágio, em momentos diferentes, nomeadamente na consulta de vigilância, no acolhimento à criança hospitalizada e na transmissão de informação nos momentos de transferência do cuidado em enfermagem. A título de exemplo, salientamos a nossa experiência nos cuidados de saúde primários, na consulta realizada ao adolescente, em que se respeitou sempre a sua escolha no sentido de querer estar acompanhado ou não,

pelos pais, ou até mesmo por nós, enquanto estudantes e com o qual ainda não tínhamos uma relação de confiança estabelecida. No âmbito do contexto hospitalar, destacamos a prestação de cuidados de higiene no leito, salvaguardando sempre que as cortinas estavam corridas e se possível a porta das enfermarias fechadas.

A promoção de um ambiente tranquilo, acolhedor e seguro representou também a forma como desempenhámos a nossa atuação, enquanto profissionais e como futuros enfermeiros especialistas. A segurança infantil constitui-se numa das linhas prioritárias da investigação no cuidar em pediatria, que deve ser sempre garantida, independentemente da sua situação ou contexto em que esta se encontre, indo ao encontro do pressuposto explanado na Convenção sobre os Direitos da Criança (artigo 3º), que refere, que todos os Estados Partes devem assegurar que as instituições/serviços que dão assistência à população pediátrica, e devem prestar cuidados seguros e por profissionais qualificados que assentam a sua prática nas recomendações emanadas pelas entidades/organizações competentes no que se refere à saúde e à garantia da sua segurança (UNICEF, 1990).

A nossa tomada de decisão, alicerçada à aquisição e desenvolvimento de conhecimentos durante o nosso percurso académico do mestrado, e apoiada na evidência científica e pelas normas/protocolos existentes em cada contexto, permitiu-nos prestar cuidados com segurança e de qualidade.

Desde o início do nosso percurso de aprendizagens que nos sustentámos nestes domínios para elaboração do projeto desenvolvido, que integra a área da segurança dos cuidados, mais especificamente na segurança da comunicação dos enfermeiros nos momentos de transição de cuidados, e teve como objetivo principal aumentar a qualidade da transmissão de informação, de forma a prevenir a ocorrência de erros/eventos adversos nos cuidados de saúde. Nós, enfermeiros, temos o dever de proteger a criança/família de qualquer dano, seja ele físico ou emocional, mas infelizmente o que é claro na literatura é que as falhas de comunicação continuam a existir e são a principal causa de incidentes nos cuidados de saúde, pelo que, partindo da evidência científica mais atual e através da leitura exaustiva da norma recomendada desenvolvemos atividades nos diferentes locais de estágio assentes nestas premissas (DGS, 2017). O projeto elaborado permitiu-nos adquirir e desenvolver diversas competências nos domínios já ora mencionados, inerentes ao cuidado especializado do enfermeiro, e aumentar o nosso conhecimento e

desenvolver competências de mestre, uma vez que este, dentro da sua área de intervenção, deve ser capaz de comunicar as suas conclusões, conhecimentos, raciocínios subjacentes de uma forma clara com qualquer pessoa com que se relacione (Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro).

A oportunidade que tivemos de estagiar nos vários locais permitiu-nos entender a transversalidade do projeto, no entanto, permitiu-nos também compreender que para o operacionalizar, por vezes, temos de percorrer caminhos diferentes, e foi o que fizemos através da realização de atividades específicas para cada contexto face às necessidades identificadas pelas equipas. O que é claro, é que para se mudar práticas também é preciso conhecer, gerir e liderar as equipas, motivando-as, estimulando-as e desafiando-as para participarem em projetos de melhoria contínua da qualidade e desta forma prestar cuidados do mais elevado nível de qualidade.

A análise e identificação dos fatores de risco durante os momentos de transição de cuidados, sustentada na evidência científica, em conjunto com o saber teórico que o curso de mestrado nos proporcionou, permitiu-nos adquirir e desenvolver bons conhecimentos para intervir com segurança e com uma real consciência do que estávamos a fazer, pelo que conseguimos propor em cada contexto uma estratégia de mudança, permitindo que os enfermeiros refletissem sobre as suas práticas atuais para posterior mudança na forma como se comunicam, aumentando a segurança e qualidade da transmissão de informação na transição do cuidado da criança, jovem e família.

Ainda, durante a prestação dos nossos cuidados estiveram assentes os modelos e teorias que representam o cuidado diferenciado da pediatria, nomeadamente os CCF, CNT e o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey. No nosso cuidar, abordámos sempre a criança/família como um sistema holístico, composto pelas suas variáveis (sociais, culturais, religiosas, entre outras), e todas as nossas intervenções foram planeadas de forma a identificar as reais/potenciais necessidades/dificuldades da criança/família, a intervir precocemente na identificação de fatores que possam comprometer o seu processo natural de saúde ou de doença, na maximização das potencialidades dos pais através do reforço positivo, da transição para a parentalidade, e de uma autêntica relação de confiança que promove a filosofia do modelo de parceria de cuidados. Ressalvamos a importância do acolhimento, em que adotámos sempre uma postura assertiva, um tom de voz adequado, permitindo

transmitir sentimentos de segurança e tranquilidade, facilitando uma relação de confiança e a diminuição de sentimentos ou emoções, como o medo, ansiedade ou *stress*, que possam influenciar o decurso do processo/doença. Realçamos ainda, a importância de deter conhecimentos e habilidades técnicas, que permitam comunicar com a criança tendo em conta a sua faixa etária e desenvolvimento, bem como as suas capacidades cognitivas e características da sua unidade familiar e do seu contexto social, cultural, espiritual, entre outros.

Ao longo da nossa aprendizagem, também a nossa atuação se centrou nos CNT, que respeitam os princípios anteriormente mencionados, sendo fundamentais para facilitar o processo de integração e colaboração da criança/família, seja num momento de acolhimento ou perante a realização de um procedimento, o que importa é que os cuidados visem sempre diminuir a experiência negativa perante qualquer acontecimento pelo qual estes tenham que vivenciar. Para isto, para além da importância da comunicação e da forma como se explica o procedimento, procurámos sempre, desde que a situação clínica o permitisse, usar as medidas não farmacológicas da dor (brincar, distração, música, sucção não nutritiva), recomendadas pela DGS (2012), que sustentam as nossas boas práticas e sempre que possível foram utilizadas as estratégias farmacológicas (ex: EMLA®, protoxido de azoto), de forma a diminuir/prevenir a dor. Estas estratégias foram essenciais para promover uma relação de ajuda entre nós e as crianças/famílias, bem como para diminuir o impacto negativo que toda a nossa intervenção poderá ter, perante a necessidade de procedimentos potencialmente dolorosos ou que provoquem medo/ansiedade.

Adquirimos conhecimentos e aperfeiçoamos competências no âmbito da gestão dos cuidados e na liderança das equipas, após observar o papel do EEESIP nos diferentes contextos, uma vez que também já detemos competências nesta área pela nossa experiência profissional como chefes de equipa, mas conseguimos compreender as diferenças de cada contexto e “guardar” cá dentro as situações que mais nos marcaram, nomeadamente, nas situações de conflito intra-profissional ou com a população a quem prestamos cuidados e no futuro podermos aplicar os conhecimentos que aprendemos, na nossa prática profissional.

Apresentámo-nos sempre às enfermeiras orientadoras e equipa de enfermagem como alunos do curso de mestrado, que facilitaram a nossa integração nos locais de

estágio, aprendendo com isso, a aperfeiçoar as nossas competências sobre o trabalho de equipa e também como orientadora de alunos de enfermagem, uma vez que a forma como nos acolhem pode ser determinante para o sucesso da nossa aprendizagem.

Mostrámos sempre a vontade de querer aprender mais, estivemos sempre disponíveis para participar e integrar os projetos de melhoria contínua da qualidade em todos os contextos e desenvolver outros se assim fossem solicitados. Relembramos um, que para nós foi muito importante, sobre o posicionamento do RN como promotor do desenvolvimento, pois contribuiu não só para adquirir mais conhecimentos teóricos, pela procura da evidência científica que fizemos sempre ao longo deste processo de aprendizagem, permitindo prestar cuidados seguros e fundamentados, mas também, para introduzir uma mudança na nossa prática atual, promovendo seguramente um maior conforto aos RN que necessitam dos nossos cuidados.

Envolvemo-nos sempre em todas as tomadas de decisão, num trabalho de equipa com as enfermeiras orientadoras de cada contexto de estágio, o que promoveu momentos de partilha de experiências, de esclarecimento de dúvidas e de novas aprendizagens ao nível de conhecimento científico e técnico.

Desafiámo-nos para acompanhar o grau de exigência inerente ao curso de mestrado, por forma a adquirir o máximo de habilidades técnicas e científicas, através da utilização de ferramentas investigativas necessárias para a realização das nossas atividades, tais como as bases de dados, programas informáticos, entre outros. O estudo de caso e artigo científico que desenvolvemos baseado numa revisão integrativa da literatura, contribuíram para o desenvolvimento de competências referentes à área de investigação, proporcionando-nos habilidades para um futuro, pois pretendemos continuar a desenvolver projetos de melhoria contínua da qualidade ao longo da nossa atividade profissional.

A Enfermagem, enquanto disciplina do conhecimento e que assenta a sua prática na evidência mais atual para a promoção da melhoria da qualidade dos cuidados e obtenção dos melhores resultados em saúde foi aqui representada por nós enquanto futuros enfermeiros especialistas da melhor forma que conseguimos. Por tudo isto, e muito mais, que poderíamos acrescentar no âmbito das nossas experiências e

vivências, consideramos ter adquirido e desenvolvido as competências do enfermeiro especialista que indissociavelmente caminham em conjunto com as de mestre.

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Por fim, apresentamos a descrição e análise reflexiva sobre a aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, que são (Ordem dos Enfermeiros, 2018b):

- **Assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde;**
- **Cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade;**
- **Prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.**

O EEESIP presta cuidados especializados através de um modelo concetual de cuidados centrado na criança e família, visando dar a melhor resposta às suas necessidades. A sua área de intervenção assenta na população pediátrica, que se caracteriza desde o nascimento até aos 18 anos, e em casos específicos, como no caso de doença crónica pode ser alargada até aos 21 ou 25 anos de vida, ou até que seja completamente autónomo nas suas atividades de vida (OE, 2018b).

Para além dos CCF, o EEESIP sustenta também a sua prática no modelo de parceria de cuidados desenvolvido por Anne Casey, que envolve um autêntico trabalho de parceria de cuidados entre este e a criança/família, independentemente da sua situação ou contexto em que estes se encontrem. A sua atuação visa a promoção do seu mais elevado estado de saúde, prestar cuidados à criança saudável ou doente e a promoção da educação de forma a otimizar a sua saúde, maximizando as potencialidades parentais (OE, 2018b).

O primeiro contexto clínico por onde passámos, permitiu-nos adquirir e consolidar conhecimentos sobre a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, e compreender a importante atuação do EEESIP na maximização da sua saúde, através

da elaboração de um plano personalizado e individualizado, de acordo com a especificidade de cada criança/família, de modo a dar a melhor resposta face às suas necessidades no seu decurso natural do seu ciclo de vida. Esta aquisição tornou-se fundamental para sustentar a nossa prática, pelo que pudemos aperfeiçoar as nossas competências na interpretação dos padrões considerados como esperados do crescimento estatuto-ponderal e na avaliação do desenvolvimento psicomotor, uma vez que durante o nosso exercício profissional nem sempre é possível proceder a esta avaliação rigorosa, através da escala de *Mary Sheridan* modificada. Outro contributo muito importante do estágio em contexto dos cuidados de saúde primários, foi a realização de um estudo de caso sobre um recém-nascido, que nos permitiu elaborar um processo de enfermagem personalizado e individualizado e desenvolver competências no âmbito da relação de ajuda, avaliação da família tendo em conta o seu contexto social, planeamento de intervenções adequadas às necessidades identificadas e relativas aos cuidados antecipatórios, através dos vários ensinamentos que conseguimos realizar, promovendo assim a maximização da sua saúde.

Constituiu-se fundamental para a nossa aprendizagem, a possibilidade de observarmos e analisarmos o importante papel que o EEESIP desempenha na promoção da saúde e bem-estar da criança/jovem e sua família, intervindo de forma preventiva na doença através dos cuidados antecipatórios, o que nos permitiu consolidar conhecimentos e aperfeiçoar competências no âmbito da condição saudável da criança, na qual não tínhamos muita experiência. Após a primeira semana de estágio, rapidamente começámos a realizar as consultas de uma forma autónoma, e para isso foi necessário proceder à leitura exaustiva do PNSJC, compreendendo o porquê das idades-chave contempladas nas consultas de vigilância infantil e juvenil. Durante as consultas, para além da avaliação do crescimento e desenvolvimento, pudemos aperfeiçoar competências no âmbito dos cuidados antecipatórios através dos inúmeros ensinamentos que fizemos aos pais referentes às etapas do desenvolvimento infantil, à saúde oral, aos hábitos alimentares saudáveis, à segurança infantil e aos aspetos psicossociais, permitindo otimizar as competências parentais, por forma a promoverem o natural processo de crescimento e desenvolvimento saudável da criança/jovem (DGS; 2013).

Apesar dos anos de experiência profissional no âmbito da área pediátrica, este estágio permitiu-nos aperfeiçoar competências para as quais não estávamos sensíveis, pois muitas vezes focamo-nos mais na sintomatologia associada ao

processo de doença da criança/família e não na promoção da sua saúde. Isto permitiu-nos refletir sobre a nossa prática atual e compreender que o nosso papel perante a criança hospitalizada, também pode ser determinante na maximização da parentalidade e no bem-estar da criança/família, na medida em que podemos identificar alguns fatores de risco e atuar na prevenção dos mesmos (mesmo que o internamento seja curto), e seguidamente articular-nos com os CSP de forma assegurar a continuidade de cuidados.

Durante o nosso percurso de aprendizagens também adquirimos, consolidámos e mobilizámos inúmeros conhecimentos no contexto da criança doente com necessidade de internamento, o que potencia um momento de grande ansiedade e *stress* para a criança/família e onde o EEESIP desempenha um papel fundamental na capacitação dos pais para reencontrarem o seu equilíbrio e estratégias, de modo a superarem os desafios decorrentes do processo de doença (OE, 2011).

Outro contributo muito importante, foi termos a oportunidade de estagiar na UCIN e SUP, o que nos permitiu desenvolver competências referentes à identificação de situações de instabilidade hemodinâmica, de gestão eficaz da dor, de promoção das competências parentais face à situação de doença aguda/crónica ou de internamento prolongado, como é o caso dos RNPT. Desenvolvemos conhecimentos no âmbito da ventilação invasiva e não-invasiva, e face a uma situação que pudemos vivenciar, de extubação acidental, compreendemos o importante papel do EEESIP na atempada intervenção e articulação com outros elementos da equipa multidisciplinar para responder rapidamente às necessidades da criança.

Também no SUP, desenvolvemos conhecimentos e competências sobre a importante atuação do EEESIP na assistência a um adolescente, vítima de queimaduras graves provocadas pela rutura de um saco de água quente, e da sua atempada intervenção em atender à sua sintomatologia, proporcionando rapidamente, e em articulação com a equipa médica, o alívio da dor através de terapêutica e, em simultâneo, na promoção de um ambiente tranquilo, estabelecendo uma relação empática com a mãe e adolescente. Ainda neste serviço, conseguimos ampliar os nossos conhecimentos relativamente aos sinais de alarme, que podem ser detetados durante a avaliação na triagem, o que requer uma habilidade especializada para se conseguir observar, avaliar, manter a escuta-ativa, a comunicação eficaz, e ainda

identificar sinais/sintomas que possam comprometer o estado de saúde da criança ou agravar o seu processo de doença.

Após o término da nossa aprendizagem em contexto da prática, alicerçada ao conhecimento prévio adquirido no contexto académico no âmbito do curso de mestrado em enfermagem, e face a todas as análises reflexivas explanadas ao longo deste relatório, quer a nível de cada contexto, quer neste capítulo, concluímos que também que as competências de EEESIP foram alcançadas, permitindo-nos adquirir, consolidar e mobilizar conhecimentos e competências específicas, para futuramente prestarmos cuidados de uma forma especializada e diferenciada, e com o mais elevado nível de qualidade.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste documento pretendeu espelhar todo o percurso realizado ao longo do curso de mestrado em enfermagem, através da análise reflexiva sobre as aprendizagens que decorreram na nossa passagem pelos quatro locais de estágio e que se constituíram como ferramentas imprescindíveis para a consolidação de conhecimentos e competências desenvolvidas através das experiências, vivências e atividades que nos foram proporcionadas. Após esta reflexão, consideramos que a vontade de aprender, alicerçada ao nosso empenho durante toda a aprendizagem nos permitiu concluir o presente trabalho e que apesar das dificuldades sentidas ao longo deste infindável percurso, se constituíram como uma forma de crescimento pessoal e profissional, considerando mesmo estarmos mais fortes e capazes de enfrentar novos desafios.

Reconhecemos a importância de cada local de estágio, que pelas suas particularidades nos permitiram aumentar o leque de experiências, aproveitando cada momento como uma oportunidade para aprender e desenvolver, bem como para consolidar e mobilizar saberes e competências adquiridas ao longo do percurso académico, inerentes ao exercício profissional do enfermeiro na área de saúde infantil e pediátrica.

A implementação de um projeto de intervenção implica sermos detentores de conhecimentos teóricos baseados na evidência científica atual e com o mais elevado rigor, por forma a identificar o real problema, bem como as reais necessidades, e poder-se implementar ações devidamente fundamentadas e recomendadas pelas entidades que avaliam a qualidade dos cuidados. Como tal, realizámos uma pesquisa exhaustiva da literatura sobre os principais conceitos que permitiram definir a temática do nosso projeto, nomeadamente, a área da comunicação efetiva nos momentos de transição de cuidados de saúde e baseámo-nos na norma emitida pela DGS, em 2017, sobre “Comunicação eficaz na transição de cuidados”, que permite orientar as práticas atuais dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, visando melhorar a qualidade e segurança da comunicação, uma vez que as falhas de comunicação que decorrem destes momentos vulneráveis são a principal causa da ocorrência de erros/eventos adversos nos cuidados de saúde, sendo que se constitui também numa área prioritária das metas nacionais incluídas no Plano Nacional de Segurança do Doente.

Posto isto, pretendemos ao longo dos diferentes locais de estágio, sensibilizar as equipas de enfermagem face a esta temática, realizando paralelamente uma análise reflexiva e fundamentada sobre o processo de comunicação dos enfermeiros nos momentos em que é necessário transferir o cuidado para outros cuidadores, identificar possíveis fatores ou potenciais fatores que podem comprometer a eficácia destes processos e por fim dar a conhecer a norma da DGS (2017), que recomenda a metodologia de ISBAR, como uma ferramenta comunicacional estruturada, que permite que os profissionais se comuniquem eficazmente. Consoante as necessidades dos respetivos contextos de estágio, foram realizadas atividades que nos permitiram desenvolver inúmeras competências referentes à área de investigação em enfermagem, que baseia a sua práxis na evidência científica mais atual por forma a garantir a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e obter os melhores resultados em saúde. Ainda, a necessidade de definirmos diferentes estratégias e atividades para conseguir dar resposta aos objetivos do nosso projeto, foi ao encontro da natureza deste tipo de projetos.

Face ao exposto, conseguimos edificar um projeto realista, que partiu de um interesse e de uma preocupação perante um problema real, considerado a nível mundial como um grave problema de saúde pública, que permitiu propor e promover estratégias adaptadas a cada contexto e tendo como foco principal o aumento da segurança e qualidade da comunicação. Assim, conseguimos consolidar e desenvolver competências, quer no âmbito de mestre, quer de comuns do enfermeiro especialista, que através do seu saber teórico especializado concebe, gere e colabora em projetos de melhoria contínua da qualidade.

Relativamente ao projeto desenvolvido, importa ressaltar que gostaríamos de o ter aprofundado melhor e desenvolver outras atividades, mas tendo em conta que tinha de ser um projeto exequível e realista, de forma a alcançar os objetivos, não se tornou possível realizar algumas intervenções que edificámos no nosso pensamento. No entanto, constituiu-se numa “porta aberta” e atualmente encontramos-nos a abraçar este projeto no local onde desempenhamos funções, com muito orgulho e com um maior grau de conhecimento.

Assumindo o importante papel que o enfermeiro especialista na área da saúde infantil e pediátrica tem na promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, e na maximização da saúde da criança/jovem e família, podemos considerar que também

adquirimos e desenvolvemos as competências específicas que enaltecem o cuidar em pediatria. Para além da nossa atuação no processo natural de saúde, foi nos possível intervir também nas situações de especial complexidade, como é o caso da criança com doença aguda ou crónica, o que nos permitiu adquirir, desenvolver e consolidar conhecimentos e competências nestas situações específicas.

Reportando-nos para os objetivos a que nos propusemos no início deste relatório, nomeadamente o geral, consideramos que todo o trabalho de pesquisa científica realizado permitiu justificar a pertinência do tema e contextualizar o projeto de forma rigorosa, definindo adequadamente os termos-chave, aprofundando aspetos que suscitaram o nosso interesse e nos permitiu ampliar conhecimentos sobre esta problemática para poder aplicá-los nos contextos clínicos.

De seguida, apresentámos as teorias e modelos do cuidar em pediatria, que sustentaram todo o nosso percurso de aprendizagens, sendo o de Betty Neuman que se destacou para a realização do nosso projeto, uma vez que considera a pessoa como um sistema-aberto (grupo ou comunidade) e em constante mudança, altamente influenciada pelos fatores de *stress*, pelo que no nosso projeto, o grupo de enfermeiros constituiu o nosso sistema, que se encontra sujeito a diversas mudanças (diferentes elementos, diferentes locais), e no qual quisemos intervir, através das estratégias que propusemos, por forma a diminuir a influência desses fatores e promover a segurança e qualidade da comunicação entre os enfermeiros nos momentos de transição de cuidados, nesta área específica, nomeadamente da criança, jovem e sua família, que são o foco principal da nossa atenção (Freese, 2004). Após as nossas atividades realizadas em cada contexto, considerámos contribuir positivamente para a qualidade dos cuidados e para a promoção das boas práticas recomendadas na evidência científica.

Ainda, conseguimos descrever todo o nosso percurso através da descrição dos locais por onde passámos, os objetivos geral e específicos para cada um, bem como as atividades que foram realizadas, e no final uma reflexão fundamentada sobre as aprendizagens. Por fim, e em jeito de conclusão, foi explanada uma análise reflexiva do desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista e de mestre, e do EEESIP de uma forma breve e clara.

Esta aquisição de saberes teóricos e práticos permitiu-nos ter uma visão mais holística do cuidado que prestamos todos os dias e que muitas vezes não sentimos que podemos influenciar tanto a qualidade de vida de quem cuidamos, nomeadamente da criança, jovem e família. Ter a oportunidade de estar do outro lado e observar a excelência dos cuidados especializados e diferenciados que os enfermeiros especialistas desempenham na sua área de intervenção foi bastante gratificante, face ao trabalho e dificuldades sentidas durante todo este percurso, e um contributo fundamental para a aquisição e desenvolvimento das competências que atualmente detemos.

Por tudo que foi aqui apresentado, consideramos ter alcançado todos os objetivos a que nos propusemos, bem como as competências que nos confere o grau de mestre, enfermeiro especialista e do EEESIP:

Todo este processo de aprendizagem, bem como a realização deste relatório não marca o fim de um percurso, mas sim o início de um longo caminho que iremos percorrer como Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica com grau de mestre, e por isso detentores de um elevado grau de conhecimentos específicos e competências especializadas e diferenciadas, que nos vai permitir prestar cuidados de elevada qualidade à criança, jovem e família nos diversos contextos em que estas se encontrem. Pretendemos ser uma referência, quer nos cuidados prestados, quer na partilha do conhecimento com outros enfermeiros e alunos de enfermagem, procurando sempre manter o nosso saber teórico e prático atualizado na evidência científica disponível, bem como, desenvolver novas aprendizagens e competências especializadas na nossa área de intervenção. Atualmente, na nossa atividade profissional já participamos ativamente em vários projetos de melhoria contínua da qualidade, e esperamos que com o conhecimento que levamos do presente curso de mestrado em enfermagem, possamos continuar a abraçar novos desafios e projetos que visem dar a melhor resposta às necessidades da população pediátrica, e representar a Enfermagem com distinção, através da excelência dos cuidados que prestamos.

REFERÊNCIAS

- Albaladejo, J. R., & Benítez, M. (2016). Decreasing Interferences and Time Spent on Transferring Information on Changing Nursing Shifts. *World Hospitals and Health Services: the Official Journal of the International Hospital Federation*, 52(1), 42-44.
- Albuquerque, T. M., & Albuquerque, R. C. (2017). Estratégias de posicionamento e contenção de recém-nascido pré-termo utilizadas em unidades de terapia intensiva neonatal. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional-REVISBRATO*, 1(1), 40-51.
- American Academy of Pediatrics Committee on Medical Liability and Risk Management, Council on Quality Improvement and Patient Safety. (2016). Disclosure of Adverse Events in Pediatrics. *PEDIATRICS*, 138(6), 1-6. doi:10.1542/peds.2016-3215.
- Amorim C, Barlem E, Mattos M, Costa S. & Oliveira S. (2019). Comunicação de notícias difíceis na atenção básica à saúde: barreiras e facilitadores percebidos por enfermeiras. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190017>.
- Araújo, J. P., Silva, R. M. M. D., Collet, N., Neves, E. T., Tos, B. R. G. D. O., & Viera, C. S. (2014). História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(6), 1000-1007.
- Assembleia da República. (1990). Resolução da Assembleia da República n.º 20/90. Convenção sobre os Direitos da Criança. *Diário da República*, I série, 211, 3738-(2)-3738-(20).
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2009). ISBAR revisited: Identifying and Solving Barriers to effective clinical handover. Disponível em: <https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/ISBAR-toolkit.pdf>.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Biasibetti, C., Hoffmann, L. M., Rodrigues, F. A., Wegner, W., & Rocha, P. K. (2019). Communication for patient safety in pediatric hospitalizations. *Revista gaucha de enfermagem*, 40. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180337>.

- Blom, L., Petersson, P., Hagell, P., & Westergren, A. (2015). The Situation, Background, Assessment and Recommendation (SBAR) Model for Communication between Health Care Professionals: A Clinical Intervention Pilot Study. *International Journal of Caring Sciences*, 8(3), 530-535.
- Brás, C. & Ferreira, M. (2016). A Comunicação e Qualidade de Cuidados em Enfermagem: revisão de literatura. *Investigação Qualitativa em Saúde*, 2.
- Breneol, S., Hatty, A., Bishop, A., & Curran, J. (2018). Nurse-led Discharge in Pediatric Care: A Scoping Review. *Journal of Pediatric Nursing*, 41, 60-68. doi: 10.1016/j.pedn.2018.01.014.
- Casey, A. (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. *Advances in child health nursing*, 183-193.
- Cavaco, V., & Pontífice-Sousa, P. (2014). Passagem de Turno em Enfermagem: uma reflexão. *Sinais Vitais*, 115, 13–18.
- College & Association of Registered Nurses of Alberta. (2008). Registered Nurse Roles that Facilitate Continuity of Care. *College & Association of Registered Nurses of Alberta website*.
- Conselho de Enfermagem. (2010). Parecer nº 248/2010 – Avaliação da Visão e da Audição. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer-CE-248-2010.pdf>.
- Decreto-Lei nº63/2016 de 13 de setembro. (2016). Graus académicos e diplomas do ensino superior. *Diário da República 1ª série – N°176*;
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues L., & Almeida, T. (2016). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Pensar Enfermagem*, 20 (2).
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2001). Rede de Referência Materno Infantil. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2011). Estrutura conceptual da classificação internacional sobre segurança do doente. Portugal. Ministério da Saúde.

Direção Geral da Saúde [DGS]. (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos) – Norma nº 22/2012. Orientações e Circulares Informativas, 18 de dezembro. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222012-de-18122012-png.aspx>.

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2013). Norma 010/2013. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa, Portugal: Direcção-Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde [DGS] (2014). Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes – Norma nº 020/2014. Disponível em: <https://nocs.pt/medicamentos-lasa/>

Direção Geral da Saúde [DGS] (2015). Medicamentos de Alerta Máximo – Norma nº 014/2015. Normas e Circulares Normativas. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-norma>.

Direção Geral da Saúde [DGS]. (2017). Norma n.º 001/2017. 2017/08/02. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde [DGS] (2018). Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata – Norma nº 002/2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n0022018-de-090120181.aspx>

Fabila, T. S., Hee, H. I., Sultana, R., Assam, P. N., Kiew, A., & Chan, Y. H. (2016). Improving postoperative handover from anaesthetists to non-anaesthetists in a children's intensive care unit: the receiver's perception. *Singapore medical journal*, 57(5), 242-253. doi: <http://dx.doi.org/10.11622/smedj.2016090>

Fragata, J. (2011). Segurança dos doentes. *Uma abordagem prática*. 1ª ed. Lisboa: LIDEL

Fragata, J. I. (2010). Erro médico: A segurança dos doentes-Indicador de qualidade em saúde. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 26(6), 564-70.

- Freese, B. (2004). Modelo de Sistemas. In Tomey, A & Alligood, M., Teóricas de Enfermagem e Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem) (5ª edição). Loures: Lusociência.
- Galatzan B., & Carrington, J. (2018). Exploring the State of the Science of the Nursing Hand-off Communication. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 36(10), 484-493. doi: 10.1097/CIN.0000000000000461.
- Graça, A., Pinto, F., Vilan, A., Dinis, A., Sampaio, I., Matos, C., ... & Neves, F. (2012). Hipotermia Induzida no Tratamento da Encefalopatia Hipoxico-isquémica Neonatal. Consenso Nacional. *Consenso nacional. Lisboa: Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria*.
- Hockenberry, M., & Barreira, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In Hockenberry, M. & Wilson D. WONG, Enfermagem da criança e do adolescente. (9ª edição - pp.1-20). Loures: Lusociência.
- Institute for Patient and Family Centered Care. (2017). Advancing the practice of patient- and family-centered care in hospitals: How to get started....Disponível em: http://www.ipfcc.org/resources/getting_started.pdf.
- Institute of Medicine. (2000). To err is human: Building a Safer Health System. Washington, D.C: Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academy Press.
- Instituto de Apoio à Criança. (2008). Carta dos direitos da criança hospitalizada, 4ª edição, 16.
- Instituto Politécnico de Setúbal [IPS]. (2018a) – Escola Superior de Saúde. Unidade Curricular Estágio 1. Setúbal.
- Instituto Politécnico de Setúbal [IPS]. (2018b) – Escola Superior de Saúde. Unidade Curricular de Estágio Final. Setúbal.
- International Council of Nurses (2007). ICN Policy Statement. Nurses and Primary Health Care. Revised 2007.
- Khan, A., Spector, N. D., Baird, J. D., Ashland, M., Starmer, A. J., Rosenbluth, G., ... & Lipsitz, S. (2018). Patient safety after implementation of a coproduced family

centered communication programme: multicenter before and after intervention study. *bmj*, 363.

Lacey, S., Smith, J. & Cox, K. (2008) - Agency for Healthcare Research and Quality: U.S. Department of Health and Human Services - Patient Safety and Quality: An Evidence Based Handbook for Nurses. 08 (0043).

Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro - Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. Diário da República n.º 181/2015, Série I (2015-09-16) 8059 – 8105.

Lei n.º 67/98 de 26 de outubro - lei da proteção de dados pessoais (transpõe para a ordem jurídica portuguesa a diretiva 95/46/CE, do parlamento europeu e do conselho, de 24 de outubro de 1995, relativa à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento dos dados pessoais e à livre circulação desses dados). Diário da República n.º 247/1998, Série I-A (1998-10-26) 5536 – 5546.

Lemon, V., & Stockwell, D. C. (2012). Automated detection of adverse events in children. *Pediatric Clinics*, 59(6), 1269-1278. doi: <http://doi.org/10.1016/j.pcl.2012.08.007>.

Martins, C., Abreu, W., & Figueiredo, M. (2017). Transição para a parentalidade: A Grounded Theory na construção de uma teoria explicativa de Enfermagem. *Qualidade em Saúde*.

Ministério da Saúde [MS]. (2008) - Lei. n.º 28/2008 de 22 de fevereiro. Diário da República, 1ª série, 38, 1182-1189.

Ministério da Saúde [MS]. (2013). Despacho no 2784/2013. Diário Da República, 2ª Série - no 36.

Ministério da Saúde [MS]. (2014). Decreto-Lei nº118/2014, de 5 de agosto. Diário da República, 1ª série, 149, 4069-4071.

Ministério da Saúde [MS]. (2015a). Plano Nacional Para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Diário da República, 2ª Série, 28, de 10 de fevereiro. 3882-(2) – 3882-(10).

Ministério da Saúde [MS]. (2015b). Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. Despacho nº 5613/2015, de 27 de maio. Diário da República, 2ª série, nº 102, 13550- 13553.

Ministério da Saúde [MS]. (2017). Programa Nacional de Rastreio Neonatal. Lisboa, Portugal: Sistema Nacional de Saúde. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/01/25/rastreio-neonatal/>

Murray, J., McGrath, J., & Smith, M. (2013). Understanding the clinical handoff perspective of pediatric emergency nurses. *Pediatric Nursing*, 39(5), 243–248. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=24308090&lang=pt-br&site=ehost-live>

National Patient Safety Agency. (2009). National Reporting and Learning Service. (2009). *Review of patient safety for children and young people*. National Patient Safety Agency. Londres.

Neuman, B., Fawcett, J. (2011). *The Neuman systems model*. (5ªed.). EUA: Pearson Education.

Nightingale, F. (2005). *Notas sobre enfermagem*. Loures: Lusociência.

Norouzinia, R., Aghabarari, M., Shiri, M., Karimi, M., & Samami, E. (2016). Communication Barriers Perceived by Nurses and Patients. *Global Journal of Health Science*, 8(6), 65–74. doi.org/10.5539/gjhs.v8n6p65.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2001). Conselho Jurisdicional – Parecer CJ CJ/20: Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer_CJ_20-2001.pdf.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2011). Guia orientador de boa prática. Promoção da Esperança nos pais de crianças com doença crónica. In: *Cadernos Ordem dos Enfermeiros*, Série 1, (3). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2012). Tomada de Posição da PNAE: Erros de Medicação em Neonatologia e Pediatria.

Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança. Cadernos OE, Série 1, Número 6.

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Regulamento nº 351/2015. Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem. Diário da república nº 19/2015, Série II (2015-06-22) 16660–16665.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015b). Guia orientador de boa prática. adaptação à parentalidade durante a hospitalização. In: Cadernos Ordem dos Enfermeiros, Série 1, (8). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015c). Estatutos da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2017). Parecer nº 61/2017 Sobre: Atribuição de tempo para a passagem de turno. Conselho de Enfermagem. Lisboa. Portugal.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018a). Obtenção do Título Profissional de Enfermeiro Especialista – Procedimentos e Orientações. Circular Normativa nº CN-CD/2018/2 Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17192/circular-normativa-cd-02_18102018_obten%C3%A7%C3%A3o-tit-prof-enfermeiro-especialista_procedimentos_orient.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Matriz para análise dos planos de estudo dos CPLEE Mestrados. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/matriz-para-an%C3%A1lise-dos-planos-de-estudo-dos-cplee-mestrados/>

Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019c). Dia Internacional de Sensibilização para o Método Canguru. Disponível em:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/conteudos/dia-internacional-de-sensibiliza%C3%A7%C3%A3o-para-o-m%C3%A9todo-canguru/>

Pereira, A., Fortes, Isa. & Mendes, J. (2013). Comunicação de Más Notícias: Revisão sistemática da Literatura. *Journal of Nursing UFPE on Line*, 7(1), 227-235. doi: 10.5205/reuol.3049-24704-1-LE.0701201331.

Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Lisboa: Lusociência.

Prince, M, Allen, D., Chittenden, S., Misuraca, J. & Hockenberry. M. (2019). Improving Transitional Care: The role of handoffs and discharge checklists in hematologic malignancies. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 23(1). doi: 10.1188/19.CJON.36-42.

Ramos, A. (2001). Eficácia da Dieta Cetogénica no Tratamento da Epilepsia Refratária em Crianças e em Adolescentes. *Revista de Neurociências*, 9(3), 127-131.

Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, 15, 1-37. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Sanders, J. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização. In Hockenberry, M. & Wilson D. WONG, *Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª edição - pp.1025-1060). Loures: Lusociência.

Santos, M. C. D., Grilo, A. M., Andrade, G., Guimarães, T., & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 47-57.

Santos, M., & Ferreira, R. (2004). Passagem de turno junto dos utentes: melhoria efectiva na prestação de cuidados. *Revista de Enfermagem Referência*, 1(12), 49-53.

Sequeira, C. (2016). Comunicação Clínica e Relação de ajuda. Lisboa: Lidel.

Serviço Nacional de Saúde [SNS]. (2018a) Nova Sociedade Pediatria. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/02/05/nova-sociedade-pediatria/>

Serviço Nacional de Saúde [SNS]. (2018b). Transporte Inter-hospitalar pediátrico. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/05/22/transporte-inter-hospitalar-pediatico/>

Shahid, S., & Thomas, S. (2018). Situation, Background, Assessment, Recommendation (SBAR) Communication Tool for Handoff in Health Care – A Narrative Review. *Safety in Health*, 4(1), 1-9. doi: <https://doi.org/10.1186/s40886-018-0073-1>

Silva, F., Anders, J., Rocha, P., Souza, A., & Burciaga, V. (2016). Comunicação na passagem de plantão de enfermagem: segurança do paciente pediátrico. *Texto Contexto Enfermagem*, 25 (3).

Silva, L., Araújo, R., & Teixeira, M. (2012). O cuidado de enfermagem ao neonato pré-termo em unidade neonatal: perspectiva de profissionais de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 14 (3).

Smeulers M., Lucas C. & Vermeulen H. (2014). Effectiveness of Different Nursing Handover Styles for Ensuring Continuity of Information in Hospitalised Patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6). doi:10.1002/14651858.CD009979.pub2.

Solan, L., Yau, C., Sucharew, H., & O'Toole, J. (2014). Multidisciplinary Handoffs Improve Perceptions of Communication. *Hospital Pediatrics*, 4(5), 311–315. doi: 10.1542/hpeds.2014-0005.

Sousa, P., Uva, A. S., Serranheira, F., Leite, E., & Nunes, C. (2011). Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacto e evitabilidade. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública;

The Joint Commission [TJC]. (2012). Transitions of care: the need for a more effective approach to continuing patient care. *Oakbrook Terrace, IL: Author.*

The Joint Commission [TJC]. (2017). Inadequate hand-off communication. *Sentinel Event Alert*, 58, 1-6. Disponível em: <https://www.jointcommission.org/>

[/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sea_58_hand_off_comms_9_6_17_final_\(1\).pdf.](#)

Tranquada, M. (2013). A Comunicação Durante a Transição Das Equipas de Enfermagem: Estudo de caso sobre as características da comunicação nas passagens de turno de enfermagem numa enfermaria cirúrgica de um Hospital Português. Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde. ISCTE Business School – Instituto Universitário de Lisboa. Disponível em: <https://repositorio.iscteul.pt/bitstream/10071/6985/1/TESE - COMUNICAÇÃO NAS PASSAGENS DE TURNO.pdf>

UNICEF (1990). A Convenção sobre os Direitos da Criança

Wheeler, B. (2014). Promoção da Saúde do Recém-Nascido e da Família. In M. Hockenberry, D. Wilson (Eds.), WONG, Enfermagem da criança e do adolescente. (9ª ed.) vol. I, cap.19. pp.784-823. Loures: Lusociência.

World Health Organization [WHO]. (2004). World alliance for patient safety: forward programme 2005. Disponível em: <https://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/>

World Health Organization [WHO]. (2019). Cuidados de Saúde Primários. Disponível em <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>

ANEXOS

ANEXO I - Modelo explicativo da técnica ISBAR

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

Fonte: DGS, 2017

APÊNDICES

APÊNDICE I – Questionários de aplicação à equipa de enfermagem da UCSP

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Questionário

O presente questionário foi elaborado no âmbito do 2º Mestrado em Enfermagem, área de especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, em associação com a Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco e Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, no ano letivo de 2017/2018, integrado nas atividades do Estágio I que decorre na Unidade de Cuidados Personalizados, da estudante Ana Luísa Brito e com orientação científica da Professora Margarida Malcata.

O projeto a ser desenvolvido integra a linha de investigação segurança e qualidade de vida e tem como finalidade garantir a segurança e a continuidade dos cuidados. A temática específica a ser desenvolvida centra-se na comunicação eficaz entre as equipas de enfermagem na transição de cuidados da criança/jovem e sua família, considerando como exemplos de transição de cuidados a que pode ser realizada entre os cuidados de saúde primários, os cuidados hospitalares e os cuidados continuados integrados, bem como, a transição intra/inter-instituições, a qual deve obedecer a uma comunicação eficaz na transmissão de informação entre as equipas prestadoras de cuidados.

Todos os questionários são anónimos, e os dados serão apresentados, de forma agrupada e nunca individual, no Relatório de Estágio e, eventualmente, os resultados conjuntos poderão ser publicados em conferências ou revistas científicas da área da saúde.

Ao responder ao questionário, o enfermeiro consente a participação no estudo, podendo desistir sem qualquer prejuízo.

Agradeço a sua colaboração, Obrigada!

Idade _____

Tempo de atividade profissional _____

Tempo no atual serviço _____

Enfermeiro Especialista Enfermeiro de Cuidados Gerais

1. Considera que, atualmente existe uma comunicação eficaz na transição de cuidados da criança/jovem e sua família entre as unidades de saúde (por exemplo: entre o Hospital e a UCSP) de forma a assegurar a continuidade de cuidados à criança/jovem e sua família?

Sim

Não

2. Identifique pelo menos uma dificuldade sentida no processo de transferência de informação entre o contexto de cuidados de saúde primários e outras unidades de saúde (por exemplo: hospital) em situações que a criança e/ou jovem e sua família necessitem de continuidade de cuidados.

3. Tem conhecimento de algum instrumento/ferramenta de transmissão de informação para outras unidades de saúde utilizado no seu atual serviço (por exemplo: Folha de Articulação de Cuidados de Enfermagem)?

Sim

Não

3.1 - Se respondeu sim no ponto 3, considera que o instrumento existente no serviço permite descrever a informação de um modo, simples, flexível, conciso e claro sobre a situação da criança/jovem e sua família de forma a dar continuidade aos cuidados?

Sim

Não

4. Conhece a Metodologia de ISBAR (Identificação; Situação Atual/Causa; Antecedentes/Anamnese; Avaliação; Recomendações) como uma ferramenta que padroniza a comunicação eficaz na transição de cuidados?

Sim

Não

5. Considera pertinente ter formação sobre Metodologia de ISBAR no local onde desempenha a sua atividade profissional?

Sim

Não

Terminou o questionário.

Muito obrigada pela sua colaboração.

APÊNDICE II – Análise dos resultados dos questionários aplicados à equipa de enfermagem da UCSP

Os dados obtidos do questionário foram submetidos a tratamento estatístico através do recurso ao programa Microsoft Office Excel®. Algumas questões relativamente à caracterização geral da equipa não foram respondidas, pelo que decidimos apresentar os dados obtidos em tabela.

Dos 12 questionários entregues, foram recebidos 10, o que corresponde a **uma taxa de adesão ao questionário de 83,33 %**.

Caracterização geral da equipa:

Questionários		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10
Idade		49	48	33	29	55	O	46	45	O	28
Habilitações Literárias	Enfermeiro com área e especialização		X		X		X	X	X		X
	Enfermeiro de Cuidados Gerais	X		X		X				X	
Tempo de Atividade Profissional (anos)		O	24	O	29	28	O	O	21	O	O
Tempo de Profissão no Atual Serviço (anos)		14	2,5	2	2	<1	O	3	17	O	2

As questões que não foram respondidas encontram-se representadas por O.

Apenas 4 enfermeiros responderam à questão do tempo de atividade profissional, constatando-se que os mesmos desempenham o seu exercício profissional há mais de 20 anos. Um total de 6 enfermeiros detém o grau de especialista numa determinada área de especialização, mas não especificaram qual a área.

Relativamente às questões encontram-se identificadas por P1, P2, P3, P3.1, P4, P5

Questões		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10
P1	Sim	X	X								
	Não			X	X	X	X	X	X	X	
P3	Sim	X			X		X	X	X	X	X
	Não		X	X		X					
P3.1	Sim	X			X		X	X		X	X
	Não								X		
P4	Sim			X			X				X
	Não	X	X		X	X		X	X	X	
P5	Sim	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Não										

Após análise descritiva dos dados, passamos a apresentar as os seguintes resultados:

P.1 “Considera que, atualmente existe uma comunicação eficaz na transição de cuidados da criança/jovem e sua família entre as unidades de saúde (por exemplo: entre o Hospital e a UCSP) de forma a assegurar a continuidade de cuidados à criança/jovem e sua família?”

Um total de 7 enfermeiros respondeu que não existe atualmente uma comunicação eficaz na transição de cuidados da criança/jovem e família. Dois enfermeiros consideram existir uma comunicação eficaz e 1 enfermeiro não respondeu.

“P3 e P3.1 - Tem conhecimento de algum instrumento/ferramenta de transmissão de informação para outras unidades de saúde utilizado no seu atual serviço (por exemplo: Folha de Articulação de Cuidados de Enfermagem)?” e

“Se respondeu sim no ponto 3, considera que o instrumento existente no serviço permite descrever a informação de um modo, simples, flexível, conciso e claro sobre a situação da criança/jovem e sua família de forma a dar continuidade aos cuidados?”

Um total de 7 enfermeiros identifica a FACE como o instrumento comunicacional utilizado na transmissão de informações entre profissionais. Um total de 3 enfermeiros não conhece a FACE. Destes, 6 enfermeiros consideram que a FACE contém os critérios necessários para

dar resposta às necessidades da população, 1 enfermeiro considera que não e 2 enfermeiros não responderam.

P4. “Conhece a Metodologia de ISBAR (Identificação; Situação Atual/Causa; Antecedentes/Anamnese; Avaliação; Recomendações) como uma ferramenta que padroniza a comunicação eficaz na transição de cuidados?”

Um total de 7 enfermeiros não tem conhecimento sobre a metodologia de ISBAR e 3 têm conhecimento desta.

P5. Considera pertinente ter formação sobre Metodologia de ISBAR no local onde desempenha a sua atividade profissional?

Todos os enfermeiros consideraram importante ter formação sobre a metodologia de ISBAR.

Após análise do conteúdo da **pergunta 2 - “Identifique pelo menos uma dificuldade sentida no processo de transferência de informação entre o contexto de cuidados de saúde primários e outras unidades de saúde (por exemplo: hospital) em situações que a criança e/ou jovem e sua família necessitem de continuidade de cuidados”**

Todos os enfermeiros identificaram pelo menos uma dificuldade no processo de transferência de cuidados (intra/inter-hospitalar; intra/interprofissional), nomeadamente: Ausência de profissionais de referência; Falta de informação pertinente e consistente; Atraso na transferência de informação; Ausência e normas e/ou orientações sobre a padronização de informação; Falha dos sistemas de informação (ex: dificuldade na consulta de informação através da plataforma de dados). Apenas 1 enfermeiro respondeu que “não existem falhas” no processo de transferência de cuidados entre os profissionais de saúde.

APÊNDICE III – Diapositivos da reunião sobre “ISBAR: Comunicar para Cuidar”

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
VIA DA PÉLAJE 1

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
Escola Superior de Saúde

ES
Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal

IPS
Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde

IPS
Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde
Dr. Leopoldo Dias



ISBAR: Comunicar para Cuidar

Fonte: Shutterstock

Enfermeira Orientadora: Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem A.S

Docente Orientadora: Prof. Margarida Malcata

Realizado por: Ana Brito
Estudante do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

Objetivos

■ **Geral:**

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da comunicação efetiva na transição de cuidados da criança, jovem e família através da metodologia de ISBAR;

■ **Específicos:**

- Dar a conhecer a metodologia de ISBAR à equipa de enfermagem;
- Divulgar a norma referente à "Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde" recomendada pela Direção Geral de Saúde;
- Partilhar os resultados do questionário de aplicação à equipa;
- Promover um momento de reflexão sobre as práticas atuais referentes ao processo de transição de cuidados da criança, jovem e família;

Conceitos-Chave:

- **Comunicação Eficaz:** "Transmissão de informação entre os profissionais de saúde, que se caracteriza por ser oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor"
- **Transição de Cuidados:** "qualquer momento da prestação em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, que tem como missão a continuidade e segurança dos mesmos"

Momentos vulneráveis/críticos da transição de cuidados: todos os momentos que possam colocar em risco a segurança do doente e que envolvam um maior risco de erro/falha na transferência de informação.

Ex: Admissões e altas hospitalares para o domicílio ou para outro nível de cuidados;

Segurança do Doente

- A 10 de Fevereiro de 2015, o Ministério da Saúde aprovou o Despacho nº1400-A/2015

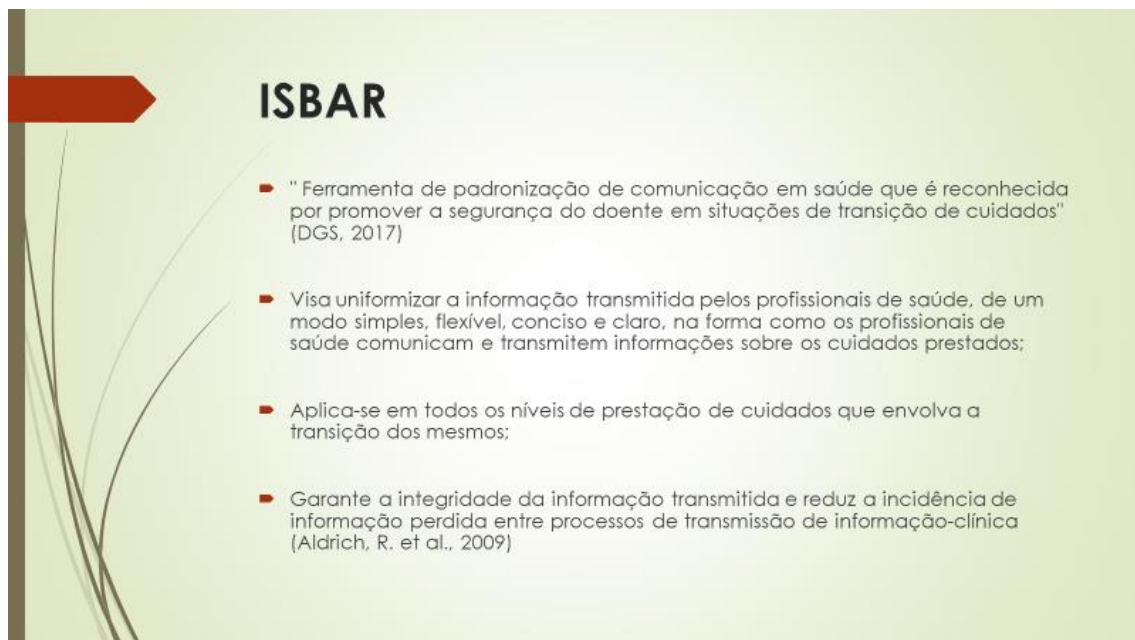
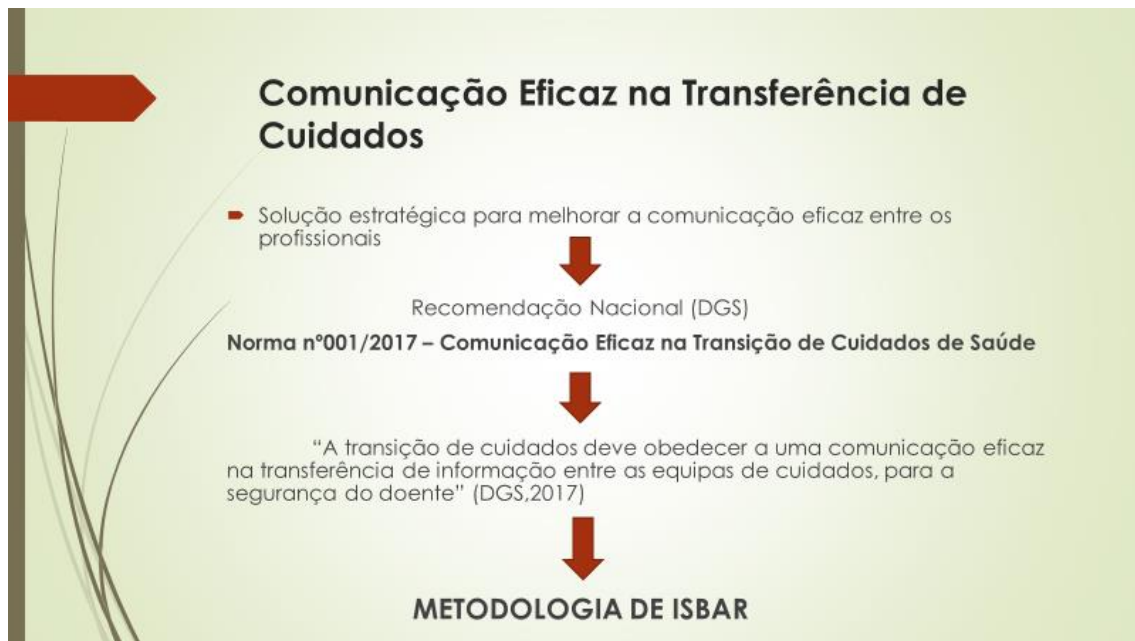


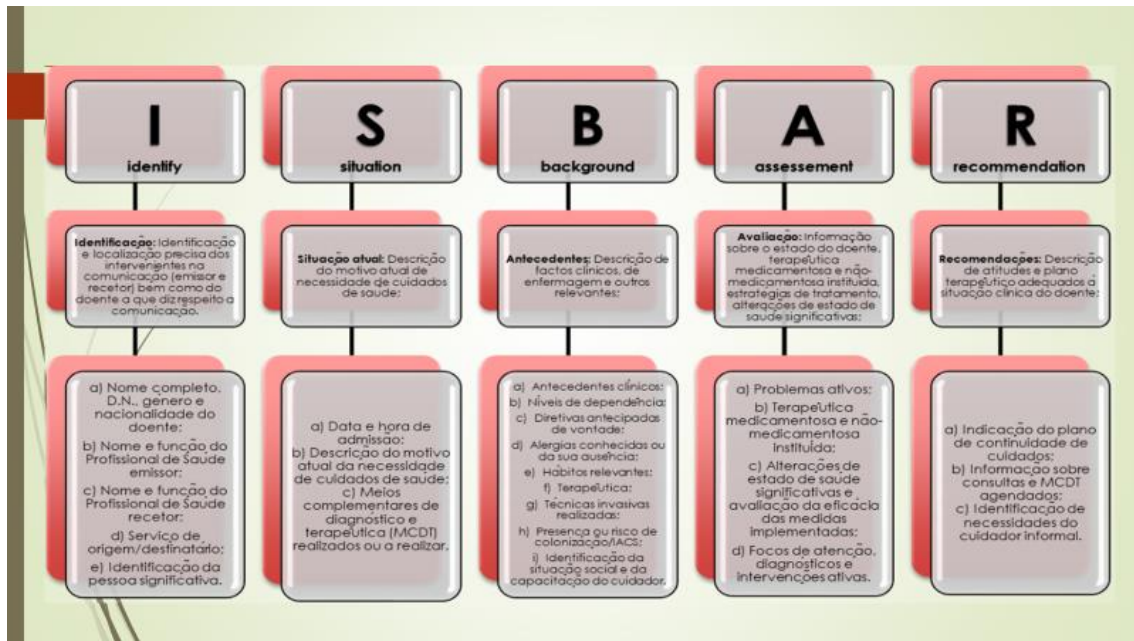
O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 integra a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (Despacho nº 1400-A/2015, D.R., 2ª série - Nº 28/2015)

- O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, definiu diversos objetivos estratégicos:

2. Aumentar a segurança na comunicação

"70% dos erros e eventos adversos em saúde ocorrem devido à falha de comunicação eficaz entre os profissionais de saúde" (DGS, 2017)





Metodologia ISBAR

Esta metodologia visa:

- A segurança do doente;
- Transição de cuidados de saúde;
- Transmissão de informação;
- Comunicação eficaz entre profissionais de saúde;
- Profissionais responsáveis pelo processo de transferência de informação (DGS, 2017)

Referências

- Andrade, G., Gomes, A., Grilo, A., Guimarães, T., & Santos, M. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente : problemas e desafios. Revista Portuguesa de Saúde Pública, Temat(10), 47–57.
- Aldrich R, Duggan A, Lane K, Nair K, Hill KN (2009). ISBAR revisited: identifying and solving barriers to effective clinical handover: Project toolkit. Newcastle: Hunter New England Health, pp. 1-20. Obtido em <https://www.safetyandquality.gov.au/implementation-toolkit-resource-portal/resources/organisational-leadership/ISBAR%20revisited%20identifying%20and%20solving%20barriers%20to%20effective%20handover%20in%20inter-hospital%20transfer%20-%20Project%20Toolkit.pdf>.
- Despacho n.º 1400-A/2015. Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 [Portugal]. Diário da República, 2.ª série, 28 (2015-02-10), pp. 3882(2)-3882(10). Obtido em <https://dre.pt/application/conteudo/66463212>.
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2017). Norma n.º 001/2017. 2017/08/02. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Lisboa, Portugal.
- Despacho n.º 2784/2013. [Portugal]. Diário da República, 2.ª série, 36 (2013-02-20), pp. 6908-6909. Obtido em <https://dre.pt/application/dir/pdf2sdip/2013/02/036000000/0690806909.pdf>.

Refletindo sobre as práticas atuais de transição de cuidados da criança, jovem e família...

APÊNDICE IV - Resumo do Artigo Científico: “A importância da comunicação efetiva na transição de cuidados para a segurança da criança e jovem: *uma revisão integrativa da literatura*”

Resumo: A comunicação efetiva entre os enfermeiros é considerada como um pilar fundamental para a segurança do doente e para a garantia da continuidade de cuidados, especialmente na transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre os profissionais. A criança e jovem, pelas suas características específicas tornam-se mais vulneráveis à ocorrência de erros e eventos adversos decorrentes da prestação de cuidados, pelo que se torna importante adotar estratégias que visem minimizar as falhas de comunicação.

Objetivos: Reconhecer e refletir sobre as estratégias que promovam a comunicação efetiva na transição de cuidados da criança e jovem na prática de enfermagem.

Desenho: Revisão integrativa da literatura realizada entre Outubro de 2018 e Dezembro de 2018, através da pesquisa com palavras-chave em bases de dados eletrónicas e referências bibliográficas pertinentes da literatura cinzenta

Metodologia: A pesquisa realizada baseou-se na metodologia apresentada pelo *The Joanna Brigs Institute* (2014) e modelo PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) para estruturação dos artigos selecionados.

Resultados: Diversos fatores contribuem para as falhas de comunicação nos momentos transição de cuidados da criança e jovem que se constituem como a principal causa de ocorrência de erros e eventos adversos. Identificar os fatores que influenciam a comunicação parece ser o primeiro passo para se compreender o real problema. A implementação de estratégias recomendadas a nível internacional e nacional melhora a efetividade da comunicação e contribuem para a qualidade e segurança dos cuidados.

Conclusões: A ocorrência de erros e eventos adversos devido às falhas de comunicação constituem um grave problema de saúde pública. Não existe uma fórmula ideal para tornar este processo efetivo, concluindo-se que para aumentar a segurança de comunicação é necessário que as instituições de saúde desenvolvam projetos de melhoria de qualidade centrados na formação dos enfermeiros e na implementação de um conjunto de estratégias que visem o aumento da cultura de segurança dentro do seio da equipa.

Palavras-chave: Comunicação, Transferência (*Handoff, Handover*), Segurança, Enfermagem e Pediatria.

ANEXO V – Pedido de autorização à autora para utilização do questionário intitulado de “Questionário sobre a Prática de Passagem de Turno de Enfermagem”

Ana Brito <anokasilbrito@gmail.com>
para mariana.tranquada ▾

quarta, 14/11, 13:30 (há 11 horas) ☆ ↶ ⋮

Bom dia Srª Enfª Mariana Tranquada

Eu, Ana Luísa Rodrigues de Brito, encontro-me a frequentar o 2º ano do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, em associação com a Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco e Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, no ano letivo de 2018/2019.


O Projeto de Intervenção a ser desenvolvido surge como proposta de avaliação inserida na Unidade Curricular Estágio Final e encontra-se sob a orientação científica da Professora Margarida Malcata e coorientação da Professora Doutora Ana Lúcia Ramos.

Este projeto integra a linha de investigação Segurança e Qualidade de Vida, que nesta fase precoce se intitula de "Segurança da Criança e Jovem: Uma comunicação efetiva na transição de cuidados de enfermagem através da metodologia de ISBAR" e tem como principal objetivo garantir a segurança e assegurar a continuidade de cuidados da criança e jovem em qualquer momento de transição de cuidados.

Para a realização do meu projeto pretendo aplicar um questionário à equipa de enfermagem do contexto de Estágio Final, a decorrer no período de 12 de Novembro a 18 de Janeiro de 2019, com a finalidade de avaliar a perceção dos enfermeiros sobre comunicação efetiva durante passagem de turno.

Venho por este meio solicitar a sua autorização para a utilização do questionário "Nursing handover: It's time for a change" (O'Connell, B.; Macdonald, K. & Kelly, C., 2008), traduzido e adaptado no seu trabalho de mestrado "A comunicação durante a transição das equipas de enfermagem: Estudo de caso sobre as características da comunicação nas passagens de turno de enfermagem, numa enfermaria cirúrgica de um Hospital Português" (Tranquada, 2013).

Com os melhores cumprimentos

 **mariana.tranquada@gmail.com**
para eu ▾

14/11/2018, 18:28 (há 6 horas) ☆ ↶ ⋮

Boa tarde Sra. Enf. Ana Brito

Tem a minha autorização para utilizar o questionário traduzido e adaptado por mim, baseado no questionário de Nursing handover: It's time for a change" (O'Connell, B.; Macdonald, K. & Kelly, C., 2008).

Votos de um bom trabalho.

Com os melhores cumprimentos,

Mariana Tranquada

...

APÊNDICE VI – Pedido de autorização ao Diretor Clínico e Enfermeira Responsável do SUP para aplicação dos questionários à equipa de enfermagem

Exmo. Sr. Diretor/Sr^a Enf^a Chefe
Do Serviço de Urgência Pediátrica
Do Hospital

Assunto: Pedido de autorização para a aplicação de um questionário à equipa de enfermagem do Serviço de Urgência Pediátrica, para a realização de um estudo de investigação no âmbito do relatório final de Mestrado em Enfermagem

Eu, Ana Luísa Rodrigues de Brito, enfermeira atualmente a desempenhar funções num Serviço de Pediatria, encontro-me a frequentar o 2º ano do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, em associação com a Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco e Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, no ano letivo de 2018/2019.

O Projeto de Intervenção a ser desenvolvido surge como proposta de avaliação inserida na Unidade Curricular Estágio Final e encontra-se sob a orientação científica da Professora Margarida Malcata e coorientação da Professora Doutora Ana Lúcia Ramos.

Este projeto integra a linha de investigação Segurança e Qualidade de Vida, que nesta fase precoce se intitula de “Segurança da Criança e Jovem: Uma comunicação efetiva na transição de cuidados de enfermagem através da metodologia de ISBAR” e tem como principal objetivo garantir a segurança e assegurar a continuidade de cuidados da criança e jovem em qualquer momento de transição de cuidados.

Pretende-se durante este contexto de estágio, que se encontra a decorrer no período compreendido entre 12 de Novembro de 2018 e 18 de Janeiro de 2019, aplicar um questionário à equipa de enfermagem do Serviço de Urgência Pediátrica - “Questionário sobre a Prática de Passagem de Turno de Enfermagem”, com a finalidade de avaliar a perceção dos enfermeiros sobre a comunicação eficaz durante passagem de turno, sensibilizar os enfermeiros para a temática em questão e avaliar a

necessidade de adotar estratégias padronizadas e normalizadas que visem melhorar a efetividade da comunicação entre a equipa de enfermagem no serviço de urgência pediátrica conforme recomendado pela Direção Geral da Saúde.

O questionário (APÊNDICE II) que se pretende aplicar baseou-se no "Nursing handover: It's time for a change" (O'Connell, B.; Macdonald, K. & Kelly, C., 2008), que foi traduzido e adaptado para a população portuguesa pela Sr^a Enf^a. Mariana Tranquada, que realizou o seu trabalho de mestrado em 2013 no âmbito desta temática, intitulado de "A comunicação durante a transição das equipas de enfermagem: Estudo de caso sobre as características da comunicação nas passagens de turno de enfermagem numa enfermaria cirúrgica de um Hospital Português".

Foi contactada a autora do questionário, informando-a da minha intenção de utilizar o mesmo, e ela autorizou a sua aplicação (APÊNDICE III).

Assim, venho por este meio solicitar a V. Exma. a autorização para a aplicação do questionário acima supracitado para a realização de um estudo de investigação aos enfermeiros do serviço, comprometendo-me a respeitar os princípios éticos inerentes a este tipo de estudo, nomeadamente, consentimento informado, confidencialidade dos dados e anonimato dos participantes. Os mesmos, serão devidamente informados sobre os objetivos do estudo, garantindo a sua participação facultativa e ressaltando que em qualquer fase do estudo podem retirar o seu consentimento, sem qualquer tipo de prejuízo para o próprio (APÊNDICE IV).

Face ao exposto, encontram-se em anexo os documentos relativos à fundamentação teórica (Anexo I) de forma a justificar a pertinência do projeto de intervenção e o respetivo questionário a ser aplicado à equipa de enfermagem.

Encontro-me disponível para qualquer esclarecimento de dúvidas.

Aguardo a resposta de V. Exma.

Com os melhores cumprimentos

Peço deferimento

Ana Luísa Rodrigues de Brito

Almada, 12 de Novembro de 2018

APÊNDICES

APÊNDICE I – Fundamentação Teórica do Projeto de Intervenção

Ao longo das décadas, tem sido visível a crescente preocupação sobre questões relacionadas com a segurança do doente por parte dos sistemas de saúde. Para tal, diversos países têm investido no desenvolvimento de políticas globais e estratégicas para a promoção da segurança dos doentes, tendo como objetivo a melhoria contínua na qualidade dos cuidados prestados (Comissão das Comunidades Europeias, 2008).

Em 2015, a Direção Geral de Saúde aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, através do Despacho nº1400-A/2015 do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Este despacho assinala o compromisso do governo de promover a segurança e a qualidade dos cuidados em todas as instituições de saúde (Ministério da Saúde, 2015). Dos vários objetivos estratégicos definidos para promover a segurança dos cuidados, ressalva-se, o que diz respeito ao aumento da segurança da comunicação (Ministério da Saúde, 2015).

A comunicação efetiva entre os profissionais de saúde na transição de cuidados tem sido alvo de atenção por parte de diversos investigadores, uma vez que, os erros/falhas de comunicação constituem uma das principais causas de eventos adversos na saúde (DGS, 2017).

Segundo a evidência científica, 70 % dos eventos adversos ocorrem devido a falhas/erros na transmissão de informação entre os profissionais de saúde durante os momentos de transição de cuidados, considerando como exemplos destes, entre os cuidados hospitalares e de saúde primários e hospitalares, intra e inter hospitalares, nomeadamente durante as passagens de turno ou transferências de serviço, podendo causar danos significativos na continuidade de cuidados e tratamento adequado (DGS, 2017).

A literatura indica também, que os fatores mais comuns que interferem na comunicação durante a transferência de cuidados de saúde predem-se com questões de “omissões na informação, erros nas informações, falta de precisão e a falta de priorização das atividades” (DGS, 2017).

Com isto, algumas técnicas de comunicação têm vindo a ser estudadas e implementadas a nível internacional e nacional, de forma a evitar a ocorrência de falhas/erros na comunicação na transição de cuidados, nomeadamente a metodologia de ISBAR (DGS, 2017).

Recomendada por várias organizações de saúde a nível internacional e nacional, a ISBAR (Identify, Situation, Background, Assessment e Recommendation) tem sido considerada como um método simples, flexível, conciso e claro de transmissão de informação oral e/ou escrita, que permite uma

comunicação efetiva entre os profissionais de saúde, visando assegurar a continuidade de cuidados (DGS, 2017).

Conforme a circular normativa n.º001/2017 emitida pela Direção Geral de Saúde, ISBAR significa: “Identificação: Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação; Situação atual: Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde; Antecedentes: Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade; Avaliação: Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas; Recomendações: Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente”. (DGS, 2017)

No âmbito da pediatria, questões relacionadas com a segurança do doente, representam um desafio, uma vez que segundo a literatura, estima-se que a probabilidade de ocorrer danos na criança/jovem hospitalizado, seja três vezes maior que no adulto, devido às suas especificidades no que diz respeito à fragilidade, vulnerabilidade e condições particulares de crescimento e desenvolvimento, necessitando de uma atenção especial, principalmente no que se refere à comunicação efetiva no processo de cuidar (Silva, Anders, Rocha, Souza, & Burciaga, 2016).

Tendo em conta o tempo e o contexto de estágio escolhido para realização de um projeto de intervenção pretendo dirigir o meu estudo para as questões relacionadas com a comunicação efetiva durante a passagem de turno.

Entende-se por passagem de turno a transferência e aceitação da responsabilidade pelo atendimento ao doente, obtida através de uma comunicação eficaz. É um processo em tempo real de transmissão de informação específica sobre o doente, de um cuidador para outro ou de uma equipa de cuidadores para outra, com a finalidade de garantir a continuidade e segurança dos cuidados de saúde (The Joint Commission, 2017).

As lacunas no âmbito da comunicação durante os processos de transferência aumentam o risco de segurança do doente, especialmente nos hospitais onde ocorrem inúmeras transferências de informação por dia (cerca de 4000). O risco de consequências para o doente aumenta de gravidade quando o recetor recebe informações que são imprecisas, não oportunas, mal interpretadas ou não necessárias (The Joint Commission, 2017).

Assim, a efetividade da comunicação entre os profissionais contribui para a redução da ocorrência de erros/falhas e, conseqüentemente para a promoção da segurança do doente (Silva, Anders, Rocha, Souza, & Burciaga, 2016).

Face ao exposto, e após uma breve revisão da literatura, são poucos os estudos que se encontram relativamente à comunicação efetiva entre os profissionais de saúde na área da pediatria. A nível nacional não foram encontrados estudos sobre esta temática no âmbito da criança/jovem e família, mas internacionalmente existem alguns estudos realizados em contextos de pediatria que reforçam a importância de utilizar técnicas de comunicação padronizadas para assegurar a continuidade de cuidados. Posto isto, considero que o estudo que pretendo desenvolver através da aplicação de questionários à equipa de enfermagem de um serviço de urgência pediátrica seja importante para sensibilizar os participantes sobre esta temática e promover a utilização de práticas referentes a uma comunicação efetiva e recomendadas pela Direção Geral de Saúde de forma a promover a qualidade e segurança dos cuidados de saúde.

Referências Bibliográficas

- Comissão das Comunidades Europeias (2008). Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu e ao Conselho sobre a Segurança dos Doentes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde. Bruxelas: Comissão das Comunidades Europeias.
- Despacho n.º 1400-A/2015. Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 [Portugal]. Diário da República, 2.ª série, 28 (2015-02-10), pp. 3882(2)-3882(10).
- Despacho n.º 2784/2013. [Portugal]. Diário da República, 2.ª série, 36 (2013-02-20), pp. 6908-6909.
- Direção Geral da Saúde (2017). Norma n.º 001/2017. 2017/08/02. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. [Portugal].
- Ministério da Saúde. (2015). Plano Nacional Para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Diário da República, 2ª Série, 28, de 10 de fevereiro. 3882-(2) – 3882-(10).
- Silva, F., Anders, J., Rocha, P., Souza, A., & Burciaga, V. (2016). Comunicação na passagem de plantão de enfermagem: segurança do paciente pediátrico. *Texto Contexto Enfermagem*, 25 (3), pp 1-9.
- The Joint Commission. (2017). Department Of Corporate Communications. Sentinel Event Alert. 58. pp 1-6.
- Tranquada, M. (2013). A Comunicação Durante a Transição Das Equipas de Enfermagem: Estudo de caso sobre as características da comunicação nas passagens de turno de enfermagem numa enfermaria cirúrgica de um Hospital Português. Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde. ISCTE Business School - Instituto Universitário de Lisboa. Retirado de <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/6985/1/TESE> - COMUNICAÇÃO NAS PASSAGENS DE TURNO.pdf

APÊNDICE II – “Questionário sobre a Prática de Passagem de Turno de Enfermagem” (Tranquada, 2013)

O Questionário é constituído por afirmações relativamente à transmissão de informação durante a passagem de turno e as respostas baseadas numa escala de *Likert* que engloba quatro categorias: “Concordo Totalmente”, “Concordo Parcialmente”, “Discordo Parcialmente” e “Discordo Totalmente”.

Afirmações do questionário:

- 1 – Consigo esclarecer a informação que foi transmitida.
- 2 – Consigo manter-me concentrado(a) na informação, enquanto está a ser transmitida.
- 3 – A forma como a informação é transmitida é fácil de acompanhar.
- 4 – A informação transmitida é atualizada.
- 5 - É proporcionada informação suficiente para assumir a prestação de cuidados dos doentes.
- 6 - Tenho oportunidade de colocar questões sobre assuntos que não compreendi.
- 7 - A duração da passagem de turno é adequada.
- 8 - Tenho oportunidade de discutir informações confidenciais referentes aos doentes.
- 9 - É possível obter a informação da passagem de turno através do processo do doente.
- 10 – A informação transmitida é subjetiva.
- 11 - É proporcionada informação adequada sobre todos os doentes internados.
- 12 - A informação é transmitida de forma estruturada.
- 13 - Já tive de contactar o/a enfermeiro(a) anteriormente responsável pelos meus doentes, para obter mais informações sobre estes.
- 14 - A passagem de turno é sujeita a interrupções por outros eventos e/ou atividades do serviço.
- 15 - É possível avaliar os doentes durante as passagens de turno.
- 16 - É importante poder avaliar o doente durante as passagens de turno.
- 17 – É benéfico realizar a passagem de turno junto do doente.
- 18 - Durante as passagens de turno é transmitida informação irrelevante para o cuidado dos doentes.
- 19 - Sinto que há informação importante que não é transmitida.

- 20 - Durante as passagens de turno sinto que sou pressionado(a) para terminar rapidamente.
- 21 - Leio sempre a totalidade da informação escrita, referente aos doentes, que me é fornecida nas passagens de turno.
- 22 - Conheço o procedimento multisectorial da instituição para a realização da passagem de turno.
- 23 - Tenho dificuldade em organizar a informação a transmitir, referente a doentes com historial de saúde mais complexo e/ou extenso.
- 24 - É importante reformular a estrutura das passagens de turno.

APÊNDICE III – Pedido de autorização para utilização do questionário à autora

Ana Brito <anokasilbrito@gmail.com>
para mariana.tranquada ▾

quarta, 14/11, 13:30 (há 11 horas) ☆ ↶ ⋮

Bom dia Srª Enfª Mariana Tranquada

Eu, Ana Luísa Rodrigues de Brito, encontro-me a frequentar o 2º ano do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, em associação com a Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco e Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, no ano letivo de 2018/2019.


O Projeto de Intervenção a ser desenvolvido surge como proposta de avaliação inserida na Unidade Curricular Estágio Final e encontra-se sob a orientação científica da Professora Margarida Malcata e coorientação da Professora Doutora Ana Lúcia Ramos.

Este projeto integra a linha de investigação Segurança e Qualidade de Vida, que nesta fase precoce se intitula de "Segurança da Criança e Jovem: Uma comunicação efetiva na transição de cuidados de enfermagem através da metodologia de ISBAR" e tem como principal objetivo garantir a segurança e assegurar a continuidade de cuidados da criança e jovem em qualquer momento de transição de cuidados.

Para a realização do meu projeto pretendo aplicar um questionário à equipa de enfermagem do contexto de Estágio Final, a decorrer no período de 12 de Novembro a 18 de Janeiro de 2019, com a finalidade de avaliar a perceção dos enfermeiros sobre comunicação efetiva durante passagem de turno.

Venho por este meio solicitar a sua autorização para a utilização do questionário "Nursing handover: It's time for a change" (O'Connell,B.; Macdonald, K. & Kelly, C.,2008),traduzido e adaptado no seu trabalho de mestrado "A comunicação durante a transição das equipas de enfermagem: Estudo de caso sobre as características da comunicação nas passagens de turno de enfermagem, numa enfermaria cirúrgica de um Hospital Português" (Tranquada, 2013).

Com os melhores cumprimentos

 **mariana.tranquada@gmail.com**
para eu ▾

14/11/2018, 18:28 (há 6 horas) ☆ ↶ ⋮

Boa tarde Sra. Enf. Ana Brito

Tem a minha autorização para utilizar o questionário traduzido e adaptado por mim, baseado no questionário de Nursing handover: It's time for a change" (O'Connell,B.; Macdonald, K. & Kelly, C.,2008).

Votos de um bom trabalho.

Com os melhores cumprimentos,

Mariana Tranquada

...

APÊNDICE IV – Consentimento Informado para os participantes

Eu, _____, declaro, por este meio, que concordei em participar num estudo sobre o “Segurança da Criança e Jovem: Uma comunicação efetiva na transição de cuidados de enfermagem através da metodologia de ISBAR” desenvolvido por Ana Luísa Rodrigues de Brito.

Confirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem qualquer incentivo financeiro ou de qualquer tipo, tendo apenas como finalidade colaborar para o sucesso da pesquisa para a melhoria dos cuidados.

Fui informado(a) do objetivo do estudo, que visa avaliar a perceção dos enfermeiros sobre comunicação eficaz durante passagem de turno e sensibilizar os enfermeiros para a temática em questão.

Tomei conhecimento que os dados obtidos pelo preenchimento do questionário serão apresentados, de forma agrupada e nunca individual, no Relatório de Estágio e, eventualmente, os resultados conjuntos poderão ser publicados em conferências ou revistas científicas da área da saúde.

A minha colaboração far-se-á pelo preenchimento de um questionário anónimo sobre o tema em causa, tendo sido informado(a), que tenho total liberdade de retirar o meu consentimento em qualquer fase do estudo, sem qualquer tipo de prejuízo.

Local e Data: _____, ____ de _____ de 2018

Assinatura do participante: _____

Assinatura da investigadora: _____

Agradeço a sua colaboração e tempo despendido. Obrigada!

APÊNDICE VII – Consentimento Informado para os participantes

Eu, _____, declaro, por este meio, que concordei em participar num estudo sobre o “Segurança da Criança e Jovem: Uma comunicação efetiva na transição de cuidados de enfermagem através da metodologia de ISBAR” desenvolvido por Ana Luísa Rodrigues de Brito.

Confirmando que aceitei participar por minha própria vontade, sem qualquer incentivo financeiro ou de qualquer tipo, tendo apenas como finalidade colaborar para o sucesso da pesquisa para a melhoria dos cuidados.

Fui informado(a) do objetivo do estudo, que visa avaliar a perceção dos enfermeiros sobre comunicação eficaz durante passagem de turno e sensibilizar os enfermeiros para a temática em questão.

Tomei conhecimento que os dados obtidos pelo preenchimento do questionário serão apresentados, de forma agrupada e nunca individual, no Relatório de Estágio e, eventualmente, os resultados conjuntos poderão ser publicados em conferências ou revistas científicas da área da saúde.

A minha colaboração far-se-á pelo preenchimento de um questionário anónimo sobre o tema em causa, tendo sido informado(a), que tenho total liberdade de retirar o meu consentimento em qualquer fase do estudo, sem qualquer tipo de prejuízo.

Local e Data: _____, ____ de _____ de 2018

Assinatura do participante: _____

Assinatura da investigadora: _____

Agradeço a sua colaboração e tempo despendido. Obrigada!

APÊNDICE VIII – Questionário de aplicação à equipa de enfermagem do SUP

Questionário

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Eu, Ana Luísa Rodrigues de Brito, enfermeira, encontro-me a frequentar o 2º ano do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, em associação com a Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco e Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, no ano letivo de 2018/2019.

O Projeto de Intervenção a ser desenvolvido surge como proposta de avaliação inserida na Unidade Curricular Estágio Final e encontra-se sob a orientação científica da Professora Margarida Malcata e coorientação da Professora Doutora Ana Lúcia Ramos.

Este projeto integra a linha de investigação Segurança e Qualidade de Vida, que nesta fase precoce se intitula de “Segurança da Criança e Jovem: Uma comunicação efetiva na transição de cuidados de enfermagem através da metodologia de ISBAR” e tem como principal objetivo garantir a segurança e assegurar a continuidade de cuidados da criança e jovem em qualquer momento de transição de cuidados, nomeadamente durante a passagem de turno, a qual deve obedecer a uma comunicação eficaz na transmissão de informação entre as equipas prestadoras de cuidados.

A aplicação do presente questionário tem como objetivos: avaliar a perceção dos enfermeiros sobre comunicação eficaz durante passagem de turno e sensibilizar os enfermeiros para a temática em questão.

Todos os questionários são anónimos, e os dados obtidos pelo preenchimento do questionário serão apresentados, de forma agrupada e nunca individual, no Relatório de Estágio e, eventualmente, os resultados conjuntos poderão ser publicados em conferências ou revistas científicas da área da saúde.

Ao responder ao questionário, o enfermeiro consente a sua participação no estudo, podendo desistir em qualquer fase do processo, sem qualquer tipo de prejuízo. Agradeço desde já a sua colaboração.

Caracterização dos participantes

1. Idade _____(anos)

2. Género

Feminino

Masculino

3. Habilitações Literárias

Bacharelato

Licenciatura

Especialização em Enfermagem _____

Mestrado _____

Doutoramento _____

Outro _____

4. Tempo de experiência profissional

0<3 anos

≥5<10 anos

≥20<30 anos

≥3<5 anos

≥10<20 anos

>30 anos

5. Tempo de exercício profissional neste serviço

0<3 anos

≥5<10 anos

≥20<30 anos

≥3<5 anos

≥10<20 anos

>30 anos

O questionário constitui-se por afirmações referentes à transmissão de informação durante a passagem de turno. De acordo com a sua opinião, deverá assinalar com um X em cada frase conforme a escala apresentada.

Concordo Totalmente	Concordo Parcialmente	Discordo Parcialmente	Discordo Totalmente
Escala			

Afirmações				
1 - Consigo esclarecer a informação que foi transmitida.				
2 - Consigo manter-me concentrado(a) na informação, enquanto está a ser transmitida.				
3 - A forma como a informação é transmitida é fácil de acompanhar.				
4 - A informação transmitida é atualizada.				
5 - É proporcionada informação suficiente para assumir a prestação de cuidados dos doentes.				
6 - Tenho oportunidade de colocar questões sobre assuntos que não compreendi.				
7 - A duração da passagem de turno é adequada.				
8 - Tenho oportunidade de discutir informações confidenciais referentes aos doentes.				
9 - É possível obter a informação da passagem de turno através do processo do doente.				
10 - A informação transmitida é subjetiva.				
11 - É proporcionada informação adequada sobre todos os doentes internados.				
12 - A informação é transmitida de forma estruturada.				
13 - Já tive de contactar o/a enfermeiro(a) anteriormente responsável pelos meus doentes, para obter mais informações sobre estes.				
14 - A passagem de turno é sujeita a interrupções por outros eventos e/ou atividades do serviço.				

15 - É possível avaliar os doentes durante as passagens de turno.				
16 - É importante poder avaliar o doente durante as passagens de turno.				
17 - É benéfico realizar a passagem de turno junto do doente.				
18 - Durante as passagens de turno é transmitida informação irrelevante para o cuidado dos doentes.				
19 - Sinto que há informação importante que não é transmitida.				
20 - Durante as passagens de turno sinto que sou pressionado(a) para terminar rapidamente.				
21 - Leio sempre a totalidade da informação escrita, referente aos doentes, que me é fornecida nas passagens de turno.				
22 - Conheço o procedimento multissetorial da instituição para a realização da passagem de turno.				
23 - Tenho dificuldade em organizar a informação a transmitir, referente a doentes com historial de saúde mais complexo e/ou extenso.				
24 - É importante reformular a estrutura das passagens de turno.				

Terminou o questionário.

Muito obrigada pela sua colaboração.

APÊNDICE IX - Análise dos resultados dos questionários aplicados à equipa de enfermagem do SUP

Com a aplicação do questionário pretendeu-se analisar a perceção dos enfermeiros durante o momento de PT.

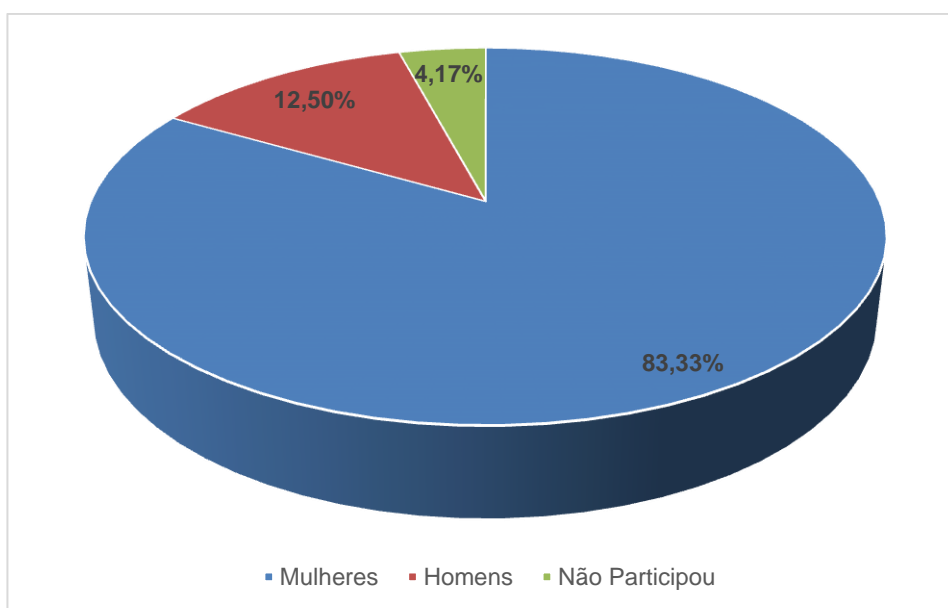
O questionário utilizado foi criado por O'Connell, MacDonald e Kelly (2008) adaptado por Tranquada (2013), que posteriormente foi validado para os enfermeiros da população portuguesa.

O questionário é constituído por uma escala de *Likert*, com quatro categorias: “Concordo Totalmente”, “Concordo Parcialmente”, “Discordo Parcialmente” e “Discordo Totalmente”.

Encontra-se dividido por duas secções, a primeira diz respeito à caracterização geral e profissional da população-alvo, e a segunda faz alusão à perceção dos enfermeiros acerca do processo de transição de cuidados, mais concretamente a PT.

Após aplicação dos questionários à equipa de enfermagem, verificámos que 23 enfermeiros responderam ao questionário, de um total de 24, o que corresponde a uma taxa de adesão de **95,83%** relativamente à aplicação do questionário (Gráfico 1).

Gráfico 1. Taxa de Adesão ao Questionário



Caracterização Geral e Profissional da Equipa de Enfermagem

Gráfico 2. Distribuição por Género

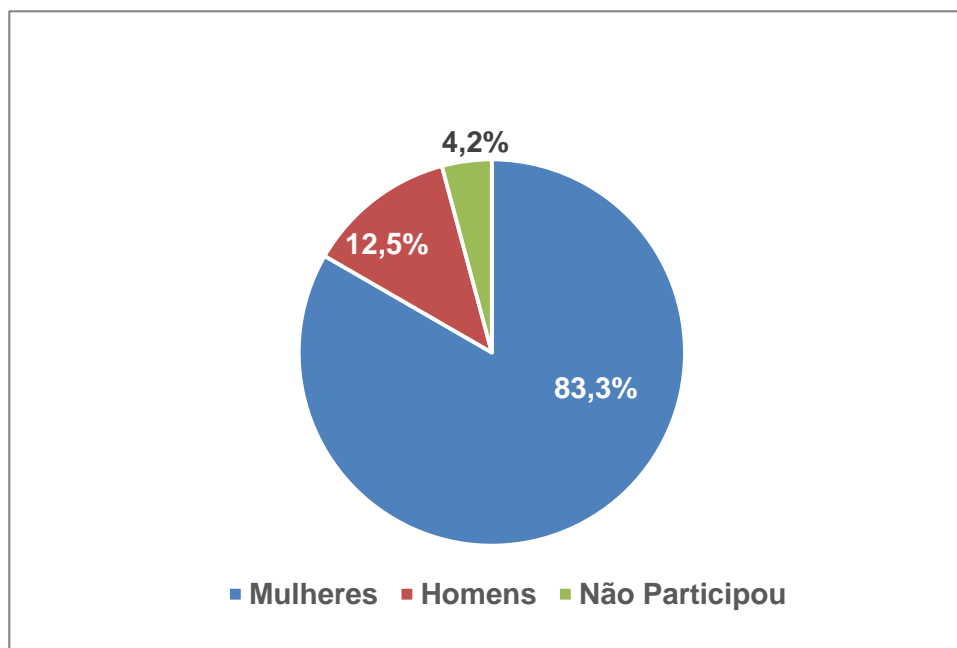


Gráfico 3. Idade dos Enfermeiros

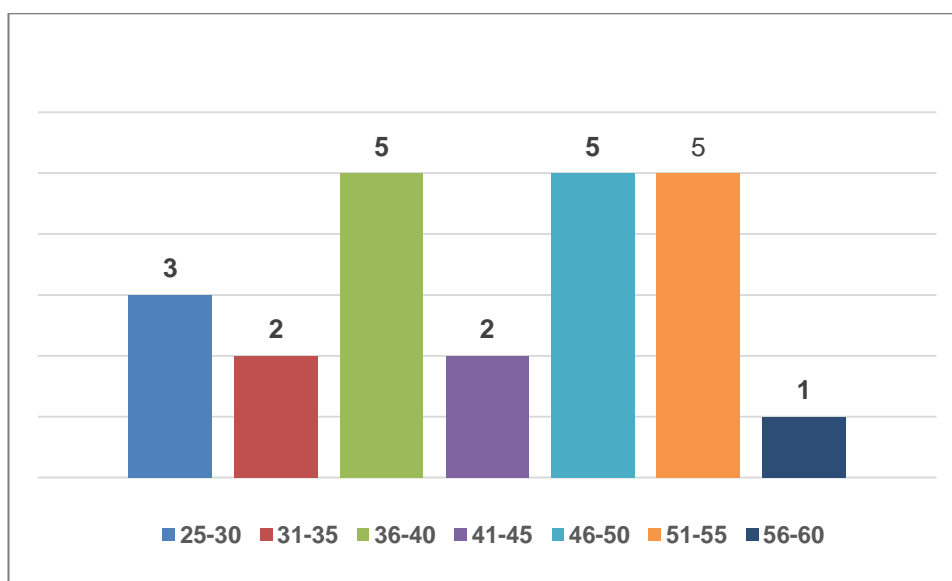


Gráfico 4. Grau de Formação dos Enfermeiros

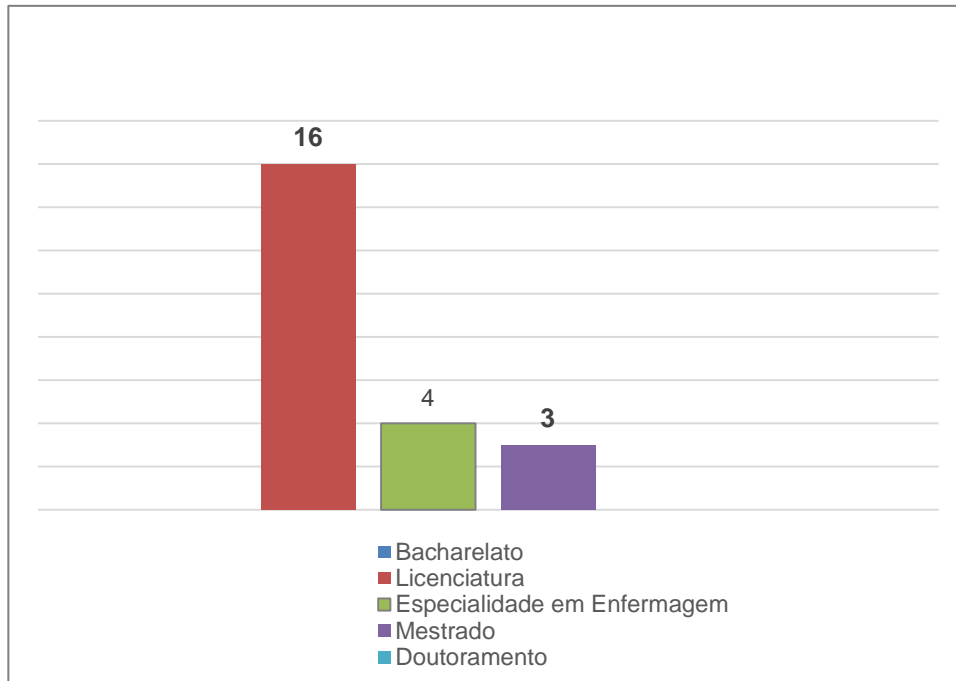


Gráfico 5. Tempos de Experiência Profissional

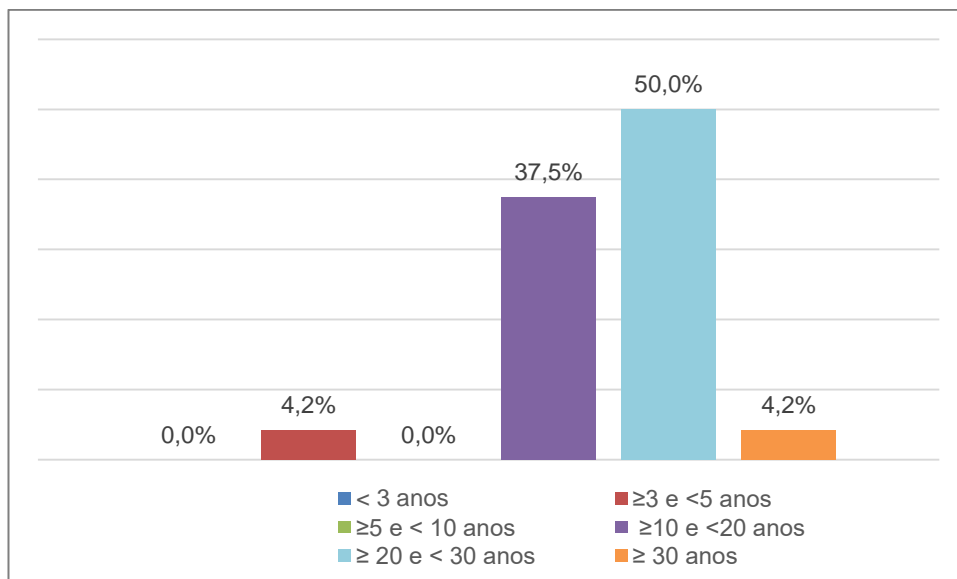
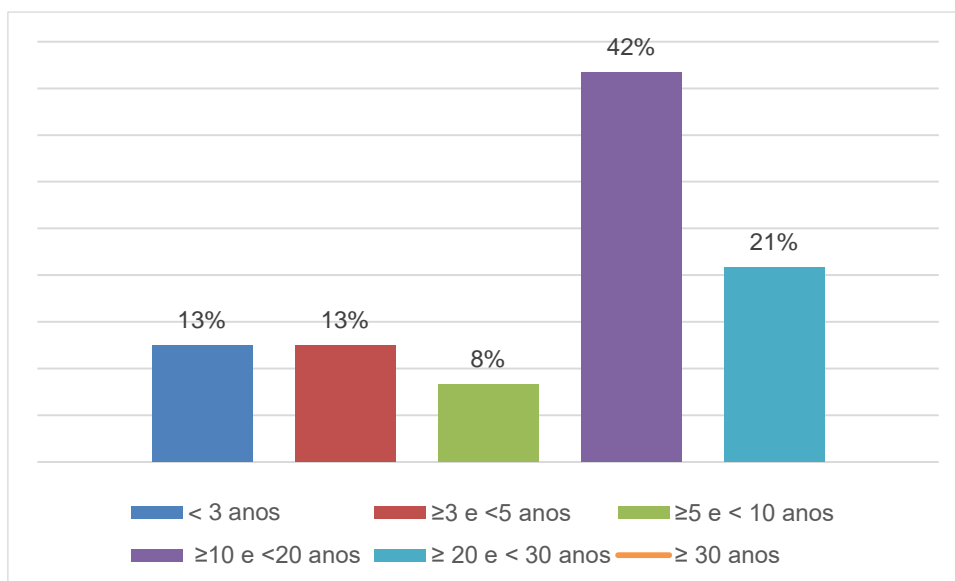


Gráfico 6. Tempo de Exercício Profissional no Serviço



Após aplicação do questionário, procedeu-se à análise dos dados com apoio da Docente Orientadora, através do programa informático estatístico *Statistic Package for the Social Sciences*, versão 2, com o objetivo de sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados.

Tabela 1. Frequências absolutas e relativas das respostas ao questionário

	Concordo Totalmente		Concordo Parcialmente		Discordo Parcialmente		Discordo Totalmente	
	(N)	%	N	%	N	%	N	%
1. Consigo esclarecer a informação que me foi transmitida.	16	67	6	25	4	1	0	0
2. Consigo manter-me concentrado(a) na informação, enquanto está a ser transmitida.	12	50	9	38	2	8	0	0
3. A forma como a informação é transmitida é fácil de acompanhar.	12	50	10	42	1	4	0	0
4. A informação transmitida é atualizada.	12	50	9	38	2	8	0	0
5. É proporcionada informação suficiente para	10	42	11	46	2	8	0	0

assegurar a prestação dos cuidados.								
6.Tenho oportunidade de colocar questões sobre assuntos que não compreendi.	14	58	8	33	1	4	0	0
7.A duração da passagem de turno é adequada.	14	58	5	21	2	8	2	8
8.Tenho oportunidade de discutir informações confidenciais referentes aos doentes.	10	42	8	33	4	17	1	4
9.É possível obter a informação da passagem de turno através do processo do doente.	7	29	14	58	2	8	0	0
10.A informação transmitida é subjetiva.	1	4	14	58	6	25	1	4
11.É proporcionada informação adequada sobre todos os doentes internados	7	29	11	46	5	21	0	0
12.A informação é transmitida de forma estruturada.	7	29	11	46	5	21	0	0
13.Já tive de contactar o/a enfermeiro(a) anteriormente responsável pelos meus doentes, para obter mais informação sobre estes	5	21	4	17	10	42	4	17
14.A passagem de turno é sujeita a interrupções por outros eventos e/ou atividades do serviço.	10	42	8	33	4	17	1	4
15.É possível avaliar os doentes durante a passagem de turno.	10	42	8	33	4	17	1	4
16.É importante poder avaliar o doente durante as passagens de turno.	11	46	9	38	3	13	0	0
17.É benéfico realizar a passagem de turno junto do doente.	6	25	10	42	3	13	4	17
18.Durante as passagens de turno é transmitida informação irrelevante para o cuidado dos doentes.	3	13	10	42	6	25	4	17
19.Sinto que há informação importante que não é transmitida	2	8	16	67	2	8	3	13
20.Durante as passagens de turno sinto que sou pressionado(a) para terminar rapidamente.	0	0	15	63	4	17	4	17
21.Leio sempre a totalidade da informação escrita, referente aos doentes, que me é fornecida nas	14	58	6	25	2	8	1	4

passagens de turno.								
22. Conheço o procedimento multisectorial da instituição para a realização da passagem de turno.	5	21	10	42	4	17	3	13
23. Tenho dificuldade em organizar a informação a transmitir, referente a doentes com historial de saúde mais complexo e/ou extenso.	0	0	9	38	5	21	9	38
24. É importante reformular a estrutura das passagens de turno.	4	17	10	42	6	25	3	13

Análise dos resultados

Tendo em conta o número total de enfermeiros que responderam aos questionários, ou seja, 23, considerámos na análise dos dados como opinião consensual o número superior a 14 enfermeiros que responderam concordo totalmente/concordo parcialmente.

Após análise dos dados explanados na **Tabela 1**, podemos concluir que a opinião dos enfermeiros é consensual relativamente a todas as afirmações do questionário, com exceção da afirmação referente a: “já tive de contactar o/a enfermeiro anteriormente responsável pelos meus doentes, para obter mais informações sobre estes” (5% concorda totalmente e 4% concorda parcialmente), e “conheço o procedimento multisectorial da instituição para realização da passagem de turno” (0% concorda totalmente e 9% concorda parcialmente), consideramos que maioria da equipa não tinha conhecimento da norma institucional sobre a passagem de turno.

Com os resultados que obtivemos da aplicação dos questionários, e tendo em conta a evidência científica sobre uma adequada transmissão de informação durante a passagem de turno, concluímos que de uma forma geral a equipa de enfermagem considera que este processo se realiza de acordo com o que é preconizado. No entanto, a questão nº 10 - “A informação transmitida é subjetiva” (4% concorda totalmente e 58% parcialmente) fez-nos refletir sobre este assunto, e tentar adotar estratégias que fossem ao encontro desta questão, uma vez que a literatura evidencia que esta deve ser concisa e objetiva.

APÊNDICE X – Proposta de “Passagem de Turno” em suporte de papel, adaptada ao contexto de SUP

→ PASSAGEM-DE-TURNO

Data: Turno:

1-1 (Identificação)	2 (Situação Atual/Causa)	3 (Antecedentes/Anamnese)	4 (Avaliação)	5 (Recomendações)
a) Nome b) Idade c) Cuidador Principal d) Serviço de Origem Do Sinónimo	a) Motivo de admissão b) Motivo de Admissão c) MCTD realizado d) Terapêutica realizada	a) Antecedentes Clínicos b) Alergias c) Medicamentos d) Terapêutica de Ambulatório e) Técnicas invasivas realizadas f) Prescrição única de administração g) Técnicas implementadas h) Identificação da situação social de captação do utente	a) Problemas atuais b) Terapêutica medicamentosa c) Alergias d) Terapêutica de estado de saúde e) Avaliação f) Técnicas implementadas g) Focos de atenção h) Avaliação de intervenções	a) Indicação de plano de b) Informação sobre c) Informação - MCTD d) Identificação de e) Identificação de cuidador