



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

A Segurança da Pessoa em Situação Crítica Vítima de
Trauma: Intervenção Especializada do Enfermeiro no
Handoff

Eliana Patrícia Martins de Sousa

Lisboa
2023



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

**A Segurança da Pessoa em Situação Crítica Vítima de
Trauma: Intervenção Especializada do Enfermeiro no
Handoff**

Eliana Patrícia Martins de Sousa



Orientadora: Professora Doutora Carla Alexandra Fernandes do
Nascimento



**Lisboa
2023**

Não contempla as correções resultantes da discussão

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito.
Não sou o que deveria ser, mas graças a Deus, não sou o que era antes”.

(Marthin Luther King)

Agradecimentos

Agradeço a todos os enfermeiros que contribuíram para o meu percurso de desenvolvimento de competências ao longo dos contextos de estágio, principalmente aos enfermeiros orientadores que contribuíram com a sua disponibilidade, conhecimento e experiência.

Agradeço aos colegas que realizaram o curso de mestrado comigo, em particular à Paula e à Inês pelo apoio, companheirismo e incentivo.

Aos professores do Curso de Mestrado na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica que contribuíram para o meu crescimento tanto profissional como pessoal. Uma saudação especial à minha professora orientadora pela disponibilidade, pela compreensão e pela motivação nos momentos mais exigentes. Foi sem dúvida um pilar para a concretização desta etapa académica.

À minha família, sobretudo aos meus pais e irmãos e, também, ao meu Zé pela compreensão, motivação, apoio incondicional e paciência demonstrada ao longo deste caminho.

E a todos aqueles, que direta ou indiretamente, contribuíram de forma marcante para a construção deste relatório de estágio.

Muito obrigada!

Lista de Siglas

DGS	Direção-Geral da Saúde
ESEL	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
ISBAR	<i>Introduction, Situation, Background, Assessment and Recommendation</i>
PNSD	Plano Nacional para a Segurança do Doente
PSC	Pessoa em Situação Crítica
OMS	Organização Mundial de Saúde
SMIP	Serviço de Medicina Intensiva Polivalente
SU	Serviço de Urgência
SUMC	Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos

Resumo

O *handoff* define-se pela transição de cuidados de saúde entre serviços, entre diferentes níveis de cuidados ou entre instituições de saúde, transmitindo a informação relevante para a continuidade dos cuidados ao doente, informando sobre a situação de saúde atual, as mudanças efetuadas recentemente e o tratamento em curso, de uma equipa profissional para outra, desde a admissão até a alta hospitalar (Abraham et al., 2012; Barroso et al., 2021; Eiras, 2017). A transmissão de informação é um marco crucial para a segurança do doente (The Joint Commission, 2017b) e uma das maiores preocupações dos cuidados de saúde no século XXI. A interrupção na transmissão de informação ocorre em todas as unidades de saúde e conduz a falhas na comunicação.

O relatório de estágio aqui apresentado tem como objetivo geral: Desenvolver competências especializadas de enfermagem no *handoff* da pessoa em situação crítica vítima de trauma. Considerando o objetivo geral, realizou-se uma análise expositiva e reflexiva do percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, sustentada na Teoria das Transições de *Afaf Meleis* (2000) e no Modelo de Aquisição de Competências de Dreyfus adaptado por Benner (2001).

A Revisão Integrativa da Literatura produzida foi um apoio metodológico crucial aos objetivos específicos, permitindo a identificação de intervenções especializadas de enfermagem para promover a segurança da pessoa em situação crítica no *handoff*.

A realização de estágio no serviço de medicina intensiva polivalente e no serviço de urgência médico-cirúrgica possibilitou a mobilização do conhecimento científico para a prática clínica, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, para a aquisição e desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista na área da pessoa em situação crítica e para a obtenção do grau de mestre em enfermagem.

Palavras-chave: *Handoff*; Segurança; Pessoa em Situação Crítica; Vítima de Trauma; Intervenções de Enfermagem.

Abstract

Handoff is defined by the transition of health care between services, between different levels of care or between health institutions, transmitting relevant information for the continuity of care to the patient, informing about the current health situation, the changes made recently and the ongoing treatment, from one professional team to another, from admission to hospital discharge (Abraham et al., 2012; Barroso et al., 2021; Eiras, 2017). The transmission of information is a crucial moment for patient safety (The Joint Commission, 2017b) and one of the major concerns of healthcare in the 21st century. The interruption in the transmission of information occurs in all health units and leads to failures in communication.

The internship report presented here has the general objective: To develop specialized nursing skills in the handoff of the person in a critical situation who is a victim of trauma. Considering the general objective, an expository and reflective analysis of the trajectory of acquisition and development of competences was carried out, based on the Theory of Transitions by Afaf Meleis (2000) and the Model of Acquisition of Competencies by Dreyfus adapted by Benner (2001).

The Integrative Literature Review produced was a crucial methodological support to the specific objectives, allowing the identification of specialized nursing interventions to promote the safety of the person in a critical situation in the handoff.

Carrying out an internship in the intensive care unit and in the medical-surgical emergency service enabled the mobilization of scientific knowledge for clinical practice, contributing to the improvement of the quality of nursing care provided, to the acquisition and development of nurses' skills specialist in the person in critical condition and to obtain a master's degree in nursing.

Keywords: Handoff; Safety; Critical Care Patient; Trauma victim; Nursing Interventions.

Índice

Introdução	21
1. Intervenção Especializada do Enfermeiro no <i>Handoff</i> da Pessoa em Situação Crítica Vítima de Trauma	25
1.1 A segurança da pessoa em situação crítica vítima de trauma	25
1.2 Comunicação em saúde da pessoa em situação crítica vítima de trauma	27
1.3 <i>Handoff</i> da pessoa em situação crítica vítima de trauma	30
1.4 Referencial teórico de Afaf Meleis	35
2. Desenvolvimento de Competências Especializadas de Enfermagem	39
2.1 Estágio 1 – Serviço de Medicina Intensiva Polivalente	40
2.2 Estágio 2 – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica	55
Considerações Finais	79
Referências	83
Anexos	
Anexo I - Certificado de participação 2º Congresso Internacional “O Cuidado Centrado no Cliente e nos Padrões de Qualidade”	
Anexo II - Certificado de participação Jornadas de Reflexão do Serviço de Medicina Intensiva do CHTS	
Apêndices	
Apêndice I - Ferramenta estruturada de transição de cuidados de enfermagem	
Apêndice II - Questionário de avaliação da ferramenta de transição de cuidados de enfermagem	
Apêndice III - Póster apresentado no Webinar “A evidência científica na intervenção clínica”	
Apêndice IV - Questionário de utilização do Formulário Transporte Doente Crítico na transição de cuidados da pessoa em situação crítica	
Apêndice V - Formação “A Segurança da Pessoa em Situação Crítica Vítima de Trauma: Intervenção Especializada do Enfermeiro no Handoff”	
Apêndice VI - Póster apresentado no 2º Encontro do Núcleo de Enfermeiros de Médico-Cirúrgica do CHTS	

Índice de Figuras

Figura 1 - <i>Processo de transição de enfermagem da pessoa em situação crítica vítima de trauma no handoff</i>	36
--	----

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Respostas dos enfermeiros à questão: "Quais os pontos positivos da implementação da Folha de Transição de Cuidados no Serviço de Medicina Intensiva?"	53
Gráfico 2 - Respostas dos enfermeiros à questão: "Quais os pontos menos positivos da implementação da Folha de Transição de Cuidados no Serviço de Medicina Intensiva?"	53
Gráfico 3 - Caracterização dos enfermeiros relativamente as habilitações académicas	71
Gráfico 4 - Caracterização dos enfermeiros relativamente a experiência profissional no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica	72
Gráfico 5 - Utilização do formulário de doente crítico na transição de cuidados da pessoa em situação crítica	73
Gráfico 6 - Respostas dos enfermeiros à questão: "A formação foi adequada às suas necessidades formativas?"	75
Gráfico 7 - Respostas dos enfermeiros à questão: "A formação tem utilidade para a sua prática de cuidados de enfermagem?"	75
Gráfico 8 - Respostas dos enfermeiros à questão: "Os conteúdos abordados foram apropriados aos objetivos estabelecidos?"	76

Índice de Tabelas

Tabela 1 - <i>Objetivos e atividades desenvolvidas no Serviço de Medicina Intensiva Polivalente</i>	43
Tabela 2 - <i>Análise SWOT (Fraquezas, Ameaças, Forças e Oportunidades)</i>	51
Tabela 3 - <i>Objetivos e atividades desenvolvidas no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica</i>	61

Introdução

O desenvolvimento da disciplina de Enfermagem tem sido crescente nos últimos anos, com resultados ao nível da prática, formação e investigação, apoiando no reconhecimento da profissão, tanto no âmbito da comunidade científica, como na eficácia, eficiência e qualidade dos cuidados de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Este documento, relatório de estágio, assenta nas competências descritas para atribuição do grau de mestre, dos quais mencionamos: dispor de conhecimento e capacidade de compreensão; ter capacidade de resolução de problemas; ter capacidade para integrar conhecimentos e desenvolver uma prática reflexiva, ética e social na tomada de decisão; ter a capacidade de comunicar de forma clara as conclusões, os conhecimentos e os raciocínios sem ambiguidades, e ter autonomia no percurso de aprendizagem ao longo da vida (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018).

O presente relatório de estágio surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), o qual pretende: formar peritos competentes que participem no desenvolvimento de conhecimento novo, através de uma prática baseada na evidência, que proporcionem o aumento da qualidade dos cuidados e que instigue a mudança na área da saúde e dos cuidados de enfermagem (ESEL, 2010).

Da mesma forma, foi incorporado as competências descritas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, que referem que o enfermeiro especialista deve ser possuidor de conhecimento aprofundado nas seguintes dimensões: na educação dos doentes e dos pares, na orientação, no aconselhamento e na liderança, tendo a responsabilidade de realizar e disseminar a investigação relevante e pertinente, permitindo um avanço da profissão e uma melhoria contínua na prática da enfermagem (Regulamento nº 429/2018, 2018). Aludindo igualmente ao Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, destacamos: cuidar da pessoa e/ou família que está a vivenciar processos complexos de situação crítica e/ou falência orgânica; impulsionar a resposta em situações de emergência, catástrofe e exceção, do planeamento à ação; potencializar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica (PSC) e/ou falência orgânica (Regulamento nº140/2019, 2019).

O modelo de aquisição de perícia de Dreyfus, adaptado por Benner (2001), suportou este percurso de aquisição de competências pela importância que concede à união da experiência do saber-fazer e saber-ser com o domínio teórico subjacente à profissão. Para o desenvolvimento de competências segundo este modelo, é essencial percorrer cinco níveis de proficiência, designadamente: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito (Benner, 2001). Para o desenvolvimento de competências de modo a melhorar a prestação de cuidados de enfermagem à PSC e família, procurámos aprimorar a tomada de decisão perante situações novas e mais complexas, fundamentando a prática com o conhecimento teórico e experiência adquirida tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à PSC (Benner, 2001).

A finalidade do relatório de estágio advém da aquisição de competências especializadas enquanto futura enfermeira mestre com especialização em enfermagem à PSC. A temática que escolhi para o desenvolvimento destas competências tem como título: “A Segurança da Pessoa em Situação Crítica Vítima de Trauma: Intervenção Especializada do Enfermeiro no *Handoff*”. Considerando a temática e a visão sobre a profissão de enfermagem que orienta a nossa prática de cuidados nesta área, o referencial teórico de enfermagem utilizado foi a Teoria das Transições de *Afaf Meleis* (2000).

O interesse e a motivação pessoal e profissional na área do trauma, principalmente no *handoff*, acrescido à preocupação constante de melhorar o desempenho profissional e, assim, a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, orientaram para o tema do relatório de estágio, o qual se revelou muito atual e de extrema relevância no âmbito do cuidado à PSC.

As transições de cuidados têm como definição a transferência de informações e responsabilidade profissional inter/intra equipa, isto é, entre elementos da mesma equipa ou entre elementos de equipas diferentes e são identificadas na literatura como *handoff*, *handover* e *shift report* (Merten et al., 2017). O termo *handoff* será o utilizado ao longo do relatório de estágio.

O *handoff* permite a transmissão de informação relevante para a continuidade dos cuidados ao doente, informando sobre a situação de saúde atual e o tratamento em curso, de uma equipa profissional para outra, desde a admissão até a alta hospitalar

(Abraham et al., 2012). A transmissão de informação é um marco crucial para a segurança do doente (The Joint Commission, 2017b) e uma das maiores preocupações dos cuidados de saúde no século XXI. A interrupção na transmissão de informação ocorre em todas as unidades de saúde e conduz a falhas na comunicação.

O documento de referência do *Institute of Medicine, To Err Is Human: Building a Safer Health System*, relatou que quase 98.000 mortes foram atribuídas anualmente a erros evitáveis (Barbeito et al., 2018). Entre 2009 e 2013, ocorreram 7.149 casos de erros com consequências diretas no doente, em que destes, 1.744 mortes foram atribuídos a falhas de comunicação (CRICO, 2015). A entidade *The Joint Commission*, em 2006, traçou como meta nacional para a segurança do doente melhorar a comunicação no *handoff* (The Joint Commission, 2017a).

A comunicação é um meio essencial para garantir a continuidade dos cuidados à PSC e também, um fator de segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. Com esta preocupação, a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2017) emitiu a Norma n.º 001/2017 (2017): “Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde”, com o objetivo principal de melhorar a comunicação entre profissionais de saúde, para garantir a mitigação de possíveis erros e lacunas e, deste modo, diminuindo a mortalidade.

Os erros de comunicação e de transmissão de informação podem ter implicações desfavoráveis no tratamento da PSC (Müller et al., 2018). A pessoa vítima de trauma pode ser considerada uma PSC, nas situações onde há lesões graves decorrentes das trocas de energia envolvidas entre o meio ambiente e o corpo, resultando em lesões que afetam os diferentes sistemas e órgãos (Parreira et al., 2017).

O trauma assume-se como a principal causa de morte a nível mundial. Relativamente à incidência de episódios de urgência, o trauma é responsável por 50 milhões de admissões em serviços de urgência (SU), só nos Estados Unidos da América (Kostiuk & Burns, 2020). Segundo a Organização Mundial de Saúde [OMS] (2012) e a DGS (2015), o trauma apresenta um impacto alto na sociedade, tanto pelos seus custos diretos, como também pelos seus custos indiretos, em resultado das suas elevadas taxas de mortalidade, com 5,8 milhões de mortos por ano sendo 9% da mortalidade global representada por Portugal. Em 2012, a OMS determinou que os países devem ter programas de planeamento e organização do cuidado à PSC vítima de trauma, através da implementação de sistemas que incluam todos os contextos dos cuidados, desde a

abordagem pré-hospitalar, a abordagem intra-hospitalar até aos cuidados definitivos a longo prazo (OMS, 2012). A PSC vítima de trauma requer cuidados especializados por equipas multidisciplinares, tanto em cuidados diretos como indiretos.

Desta forma, no processo de desenvolvimento de competências especializadas à PSC estabeleci como objetivo geral:

Desenvolver competências especializadas de enfermagem no *handoff* da pessoa em situação crítica vítima de trauma. E como objetivos específicos:

- Desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e sua família;
- Desenvolver competências especializadas de enfermagem na otimização do *handoff* da pessoa em situação crítica vítima de trauma;
- Contribuir para a disseminação do conhecimento em enfermagem na área da pessoa em situação crítica.

Este relatório de estágio é constituído por dois capítulos. O primeiro, enquadramento teórico, onde se contextualiza a temática sustentada numa fundamentação teórica, abordando os conceitos-chave e o referencial teórico que suporta a temática. No segundo capítulo descreve-se o percurso de desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem. Por fim, seguem-se as considerações finais, bem como as referências, os anexos e os apêndices do documento.

O relatório de estágio foi elaborado segundo as normas APA (*American Psychological Association*) e de acordo com o Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações: Norma APA da ESEL (Godinho, 2023).

1. Intervenção Especializada do Enfermeiro no *Handoff* da Pessoa em Situação Crítica Vítima de Trauma

Este capítulo está organiza-se em quatro subcapítulos, dos quais emerge o enquadramento teórico da temática escolhida e a teoria de *Afaf Meleis* como referencial teórico em enfermagem. A evidência científica apresentada decorre da pesquisa da literatura contínua e da realização de uma Revisão Integrativa da Literatura. No contexto do *handoff* da PSC vítima de trauma, a Revisão Integrativa da Literatura, possibilitou a identificação de intervenções especializadas de enfermagem promotoras da segurança da PSC.

1.1 A segurança da pessoa em situação crítica vítima de trauma

A segurança do doente tornou-se num tema de destaque e de relevância na esfera da saúde, desde o ano de 2000, na procura de cuidados de saúde mais seguros, e na redução de danos associados a prestação de cuidados de saúde (Reis et al., 2013). A DGS elucida que a segurança do doente é “a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável” (DGS, 2011, p.14), resultantes ou associados a ações realizadas durante a prestação de cuidados de saúde, sendo que não estão relacionadas com a patologia ou com a evolução clínica.

A segurança do doente inclui todos os incidentes que causam dano, mas similarmente, todas as falhas de alerta ou de outra natureza passíveis de causar dano, mas que não o provocaram efetivamente (Gama & Saturno, 2017). Mais do que ajudar a evitar erros e acidentes, uma cultura de segurança deve ser uma oportunidade de melhoria na prestação dos cuidados de saúde ao doente, visto que comporta “os valores individuais e de grupo, atitudes, perceções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso (...) e segurança de uma organização” (Flin et al., 2009, p.12). A segurança do doente é um aspeto primordial na prática clínica e um conceito-chave na garantia de sistemas de saúde eficazes e eficientes com real impacto na qualidade dos cuidados prestados e, consequentemente, nos resultados clínicos, financeiros e administrativos (Barroso et al., 2021).

Apesar de ter sido nos anos 90 que surgiram as primeiras menções sobre os danos associados aos cuidados de saúde, só com a publicação do relatório do *Institute of Medicine*, em 2000, *To Err is Human Building a Safer Health System*, é que esta temática foi considerada relevante. Este mesmo relatório revelou que quase 98.000 mortes são atribuídas anualmente a erros clínicos evitáveis (Barbeito et al., 2018). Recentemente, e apesar dos progressos realizados neste área, foi estimado que só nos Estados Unidos da América morreriam cerca de 251 454 doentes admitidos nos hospitais, por ano, devido a erros nos cuidados de saúde, sendo estimada como a terceira causa de morte no país (Makary & Daniel, 2016). Estes números conduzem a uma reflexão sobre o impacto elevado que as falhas da segurança do doente podem ter nas mortes associadas aos cuidados de saúde e na qualidade de vida, assim como o acréscimo de custos financeiros para as organizações e sistemas de saúde e a perda de confiabilidade das instituições e profissionais (Barroso et al., 2021).

A OMS, tendo em conta os estudos e evidências no âmbito da segurança da saúde, criou uma campanha global em 2019 – Segurança do doente: uma prioridade de saúde global - para consciencializar para a importância da segurança do doente e, em 2021, para eliminar os danos evitáveis na prestação de cuidados de saúde. Assim, adotou o primeiro Plano de Ação Global para a Segurança do Doente 2021–2030. Este plano de ação global, propõe “definir as linhas estratégicas para a tomada de ações concretas, com o objetivo de fortalecer e capacitar os sistemas de saúde a nível mundial, para diagnosticar, tratar, curar e cuidar” (OMS, 2021, p.1), tendo como objetivo major a premissa de atingir zero danos evitáveis, de modo a garantir cuidados de saúde mais seguros. Este mesmo plano de ação global vem fortalecer a necessidade de reduzir os incidentes de segurança do doente, que se definem como “um evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou em dano desnecessário para o doente” (DGS, 2011, p.15).

A nível nacional, a segurança do doente tornou-se um fator de elevada referência para a qualidade dos cuidados prestados em saúde. Assim, foram desenvolvidas ações políticas nesse sentido. Em 2013, e atualizada em 2020, a DGS publicou uma norma onde se avalia a cultura de segurança do doente nos hospitais respeitante ao “produto de valores individuais e de grupo, atitudes, perceções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso com a segurança, e o estilo e competência da gestão da segurança de uma organização de saúde” (DGS, 2020, p.3). O

Plano Nacional para a Segurança do Doente (PNSD) 2021-2026, substituindo o PNSD 2015-2020, e alinhado com a cultura de segurança e o Plano de Ação Global para a Segurança do Doente 2021-2030 da OMS, publicado em Diário da República no Despacho nº9390/2021 de 24 de setembro de 2021, tem como objetivo “promover a segurança na prestação de cuidados de saúde (...), sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação e a implementação continuada de práticas seguras em ambiente cada vez mais complexos” (Despacho nº9390/2021, 2021, p.97).

O PNSD 2021-2026 é constituído por cinco pilares, com vários objetivos estratégicos associados. O terceiro pilar é referente à comunicação, pilar fundamental para aumentar a segurança do doente. Este é constituído por três objetivos estratégicos: Objetivo estratégico 3.1 – “Otimizar a comunicação intra e interdisciplinar”; Objetivo estratégico 3.2 – “Melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados” e, Objetivo estratégico 3.3 – “Adequar a comunicação da informação clínica ao doente, família e cuidador” (Despacho nº9390/2021, 2021, p.100-101). Neste relatório de estágio iremo-nos debruçar sobre o objetivo estratégico 3.2.

1.2 Comunicação em saúde da pessoa em situação crítica vítima de trauma

Face ao objetivo estratégico 3.2 – “Melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados” e tendo em conta a relevância de uma comunicação eficaz na transição dos cuidados e na segurança do doente, a DGS, emitiu a Norma n.º 001/2017 (2017): “Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde” com o objetivo principal de melhorar a comunicação entre profissionais de saúde, para garantir a mitigação de possíveis erros e lacunas e, deste modo, diminuindo a mortalidade associada aos cuidados de saúde. Com o mesmo propósito, esta entidade nacional recomenda a utilização da metodologia ISBAR (*Introduction, Situation, Background, Assessment and Recommendation*) em todas as transições de cuidados, concedendo uma primazia para a transferência de informação em momentos críticos ou vulneráveis da prestação de cuidados, indicando que seja garantida a formação aos profissionais envolvidos na transferência de informação (Norma n.º 001/2017, 2017). A nível internacional, existem várias organizações e entidades a recomendar o uso da

metodologia ISBAR, uma vez que esta possibilita uma “fácil memorização pelos profissionais e pela possibilidade de replicação em diferentes contextos da prestação de cuidados, mas também, porque é uma estratégia de compreensão de mensagens, recorrendo a uma metodologia padronizada, simples, flexível, concisa e clara” (Norma n.º 001/2017, 2017, p.6). A utilização da metodologia ISBAR conduz a vários benefícios, como a transmissão completa da informação, a redução da perda de informação ou a sua duplicação, centrando-se no problema e não nos seus intervenientes (Burgess et al., 2020).

O treino e a utilização de exercícios de simulação foram identificados como eficazes para melhorar a formação contínua na utilização da metodologia ISBAR, como também para melhorar a comunicação e o trabalho em equipa (Haddeland et al., 2022). Os exercícios de simulação têm um impacto significativo na qualidade dos cuidados de saúde quando comparados com outras estratégias (Haddeland et al., 2022).

A comunicação, seja qual for o contexto ou o nível de cuidados necessários, é um fator crucial na prestação de cuidados de saúde, pelo que certificar que se realiza de forma segura e eficaz é um desafio real, tendo em consideração que os cuidados prestados podem ser realizados por diferentes equipas ou profissionais (Barroso et al., 2021). A comunicação, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, é definida como um “comportamento interativo, de dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não-verbais, face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2019). Outros autores reforçam que a comunicação é um processo complexo e dinâmico, que implica fortalecer os meios de interação, em função das especificidades e, assim, constituir um dos indicadores mais importantes na avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem (Howick et al., 2018; Lee, 2015).

A comunicação tem sido extensivamente estudada no setor da saúde, em diferentes áreas, como a comunicação em situações de risco, comunicação interpessoal e a comunicação social, contribuindo para o desenvolvimento e elaboração de políticas de saúde e a melhoria dos níveis de literacia em saúde (Grady & Hinshaw, 2017). O conhecimento, a competência e a empatia são variáveis essenciais para uma comunicação eficaz. Apesar de ser utilizada todos os dias, exige competências que devem ser aprendidas e praticadas de forma a contribuir para melhorar a segurança do doente

e, assim, diminuir os eventos adversos (Norma n.º 001/2017, 2017), isto é, “um incidente que resulta em dano evitável a um paciente” (OMS, 2020, p.6).

O evento adverso define-se como uma consequência clínica inadequada que resultou de algum componente do diagnóstico ou tratamento e não do processo de doença implícito (*Agency for Healthcare Research and Quality*, 2019), aumentando o tempo de internamento ou reinternamentos, os atrasos no tratamento ou tratamento inadequado e os custos em saúde (Grady & Hinshaw, 2017; Gundrosen et al., 2018; Iwanow et al., 2021), quer para o doente como para as organizações de saúde.

A nível internacional, uma das principais causas de eventos adversos na saúde são as falhas na comunicação, 70% desses eventos advém das omissões de informação, erros na transmissão de informação e falta de precisão da informação transmitida entre os profissionais de saúde (Norma n.º 001/2017, 2017). Sensivelmente, metade destas falhas de comunicação ocorrem durante as transições de cuidados (Merten et al., 2017).

Em 2006, a *The Joint Commission* instituiu conceitos importantes no processo de transferência de cuidados, incluindo: comunicação interativa que permite perguntas entre o emissor e o recetor; informações direcionadas relacionadas com o cuidado prestado, tratamento e mudanças na condição da pessoa; processo de verificação estabelecido para confirmar se as informações estão a ser transmitidas; oportunidade para o recetor das informações rever os dados clínicos com interrupções limitadas (The Joint Commission, 2017a).

As falhas na comunicação podem manifestar-se de várias formas: comunicação ausente, omissa, incompleta ou errada, ou uma compressão diferente da mensagem emitida (Barroso et al., 2021). Uma comunicação ineficaz poderá levar a erros na prestação de cuidados de saúde colocando em causa a segurança do doente, pelo que é necessário aperfeiçoar a comunicação, sendo que se deve saber quando falar, o que dizer e como dizer, e no final, confirmar a receção da informação (DGS, 2011). Também, é igualmente importante saber ouvir o emissor, que inclui estar atento ao que se está a ouvir e não se precipitar em adivinhar a mensagem, como também o silêncio faz parte da comunicação (Sequeira, 2016).

Entre os profissionais, a comunicação eficaz determina-se como “a transmissão no tempo certo de informação precisa, completa, clara, sem ambiguidade e que é corretamente apreendida pelo recetor” (Barroso et al., 2021, p.80), podendo ocorrer

presencialmente, via eletrónica ou telefónica (Eiras, 2017). Atualmente, constata-se que existe um maior número de momentos de transmissão de informação, pelo fracionamento dos sistemas de saúde, que consequentemente conduzem a uma maior ocorrência de falhas de comunicação pondo em risco a continuidade dos cuidados.

A comunicação inadequada é encontrada em diversos contextos de saúde, particularmente em ambientes onde existe a necessidade de uma gestão rápida e eficaz, como na unidade de cuidados intensivos (UCI) e no SU, onde os processos de transição de cuidados de saúde são complexos e, por isso, mais propensos a erros (Müller et al., 2018).

Os fatores como a falta de padronização do processo, a ausência de ferramentas de apoio, o ambiente (ruído, interrupções na transmissão e falta de confidencialidade), o limite de tempo, a carga horária dos profissionais, a resistência dos profissionais à mudança de processos, a complexidade do doente (quanto maior a gravidade do doente, maior será a complexidade da transmissão de informação), a limitação de recursos humanos e financeiros, e a falta de formação e treino na transmissão de informação, são fatores inibidores para a comunicação eficaz com um efeito negativo nos cuidados de enfermagem prestados (Rodríguez et al., 2018; The Joint Commission, 2017b).

1.3 *Handoff* da pessoa em situação crítica vítima de trauma

Em termos internacionais e de uma forma mais abrangente, a transição de cuidados de saúde pode ser designada como *handover*, isto é, a transição de cuidados de saúde dentro da mesma equipa entre turnos, e *handoff*, ou seja, a transição de cuidados de saúde entre serviços, entre diferentes níveis de cuidados ou entre instituições de saúde (Barroso et al., 2021; Eiras, 2017). O *handoff* permite a transmissão de informação relevante para a continuidade dos cuidados ao doente, informando sobre a situação de saúde atual, as mudanças efetuadas recentemente e o tratamento em curso de uma equipa profissional para outra, desde a admissão até a alta hospitalar (Abraham et al., 2012).

O processo de transição de cuidados de saúde determina-se como a transferência de responsabilidade e a respetiva informação clínica relevante e precisa sobre a situação clínica de um doente, os tratamentos instituídos, os cuidados de saúde necessários e

avaliação da evolução clínica, de um profissional de saúde para o outro (Flink et al., 2018; Johnson et al., 2015). Envolve um conjunto de ações que permitem garantir a continuidade e a segurança dos cuidados, antecipando riscos ou mudanças imprevistas nas condições clínicas do doente e, desta forma, minimizar os perigos (Flink et al., 2018; Johnson et al., 2015).

A entidade *The Joint Commission* (2017b) recomenda a utilização de um sistema padronizado de passagem de informação para reduzir a perda de informação essencial, a definição de um conjunto mínimo de informação a ser comunicada, a comunicação presencial ou remota com a possibilidade de realizar questões, a realização da transição num local adequado, sem ruído e sem interrupções, a inclusão do doente e família e, também, a utilização do processo clínico eletrónico como uma forma de realizar uma transição eficiente e eficaz para promover a continuidade dos cuidados de saúde, de forma a minimizar erros e melhorar os resultados dos cuidados de saúde prestados.

Vários estudos sugerem que os instrumentos estruturados de transição de cuidados são benéficos para evitar eventos adversos na PSC, melhorar a comunicação eficaz e regular, contribuir para a continuidade dos cuidados e evitar readmissões hospitalares (Appelbaum et al., 2021; Campbell & Dontje, 2019; Dúason et al., 2021; Haddeland et al., 2022; Hovenkamp et al., 2018; Jamshidi et al., 2019; Pokojová & Bártlová, 2018; Powell et al., 2020; Troyer & Brady, 2020). Ao usar um instrumento estruturado de transição de cuidados, simplifica-se o conteúdo a ser transmitido e melhora-se a eficácia da comunicação, neutralizando o impacto negativo dos fatores humanos variáveis, como por exemplo, o recurso à memória (Appelbaum et al., 2021).

Acresce ainda que a utilização de instrumentos estruturados de transição de cuidados durante o *handoff* evita omissões de informação, erros na transmissão de informação e falta de precisão da informação transmitida (Appelbaum et al., 2021; Campbell & Dontje, 2019; Pokojová & Bártlová, 2018). No entanto, o uso destes instrumentos por si só não mantém, nem melhora, a qualidade dos cuidados de enfermagem bem como, não garante a segurança da PSC (Haddeland et al., 2022). Os vários elementos da equipa realizam *handoff* sem compreender que este processo tem um risco alto de perda de informação crucial para a continuidade de cuidados à PSC (Appelbaum et al., 2021).

Autores como Ferrara et al. (2017), defendem que ao melhorar as habilidades de comunicação no processo de transição de cuidados melhora-se efetivamente os cuidados de saúde prestados. Tendo em conta esta perspetiva, uma comunicação eficaz influencia positivamente a continuidade dos cuidados de saúde prestados, contribuindo para a redução de eventos adversos e beneficiando a segurança do doente e da equipa multidisciplinar (Newton et al., 2018; Okafor et al., 2017). A comunicação poderá ser a solução para reduzir os custos em saúde, aumentar o envolvimento dos diferentes intervenientes no processo terapêutico e aumentar a qualidade dos cuidados de saúde (Gundrosen et al., 2018; Iwanow et al., 2021).

Como referido anteriormente, as UCI e os SU, pela complexidade do doente e dos seus tratamentos, são serviços onde as falhas de comunicação e de transmissão de informação podem ter mais implicações no tratamento da PSC (Müller et al., 2018). A pessoa vítima de trauma pode ser considerada uma PSC, nas situações onde há lesões graves decorrentes das trocas de energia envolvidas entre o meio ambiente e o corpo, resultando em lesões que afetam os diferentes sistemas e órgãos (Parreira et al., 2017).

Neste sentido, a pessoa vítima de trauma integra a definição de PSC, ou seja, “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Benner et al., 2011; Regulamento n.º 429/2018, 2018, p.19362). A PSC carece de cuidados de enfermagem altamente qualificados, de modo a dar resposta às necessidades alteradas e possibilitando a manutenção das funções básicas de vida, para prevenir ou minimizar complicações, com vista à sua recuperação total (Benner et al., 2011; Regulamento n.º 429/2018, 2018).

A pessoa vítima de trauma é aquela que sofreu “um problema com múltiplas implicações, sendo um desafio para muitas sociedades com repercussões sociais e económicas significativas” (Regulamento n.º 8977/2017, 2017, p. 23038). O trauma é considerado uma das maiores causas de mortalidade em todo o mundo (OMS, 2004), e em Portugal, “a sua prevalência e o seu impacto aconselham o investimento na prevenção e no tratamento, seja na fase da abordagem inicial, seja no acompanhamento e na reabilitação posterior” (Regulamento n.º 8977/2017, 2017, p. 23038). Nos Estados Unidos da América, é o evento com maior taxa de mortalidade e tem uma incidência de admissões nos SU em cerca de 50 milhões de pessoas (Kostiuk & Burns, 2020).

Em 2010, tendo em consideração o impacto do trauma na saúde pública, a DGS (2010) divulgou uma circular normativa para todas as unidades do Sistema Nacional de Saúde para a implementação de sistemas de trauma e projetos de melhoria da qualidade da abordagem e tratamento da pessoa vítima de trauma, atendendo às recomendações da OMS e da Ordem dos Médicos que publicou “Normas de boa prática em Trauma” (Ordem dos Médicos, 2009) . Desta forma, reconhece-se que quando aplicado este feixe de intervenções precocemente, existe uma redução das complicações e, subsequente, redução de mortalidade e a morbilidade associada à PSC.

A morte por trauma pode acontecer em três períodos diferentes, sendo que o primeiro pico ocorre nos primeiros segundos ou minutos após o trauma e denomina-se morte imediata; o segundo pico acontece alguns minutos ou horas (2 a 3 horas) após o trauma designa-se por morte precoce; o terceiro pico, denominado por morte tardia, ocorre dias ou semanas após o incidente traumático (*Advanced Trauma Life Support*, 2018). A intervenção adequada e eficaz dos profissionais de saúde desde o 1º pico até ao 3º pico, amplifica a possibilidade de sobrevivência (DGS, 2010).

Para reduzir a morbilidade e mortalidade da PSC vítima de trauma é necessário que os cuidados prestados, diretamente ou indiretamente, sejam cada vez mais eficazes, uma vez que a PSC requer cuidados especializados e diferenciados, desde do momento de admissão até à alta hospitalar (Mattos & Silvério, 2012; Santos et al., 2018). Portanto, é fundamental que as instituições de saúde uniformizem os cuidados prioritários a serem prestados as vítimas de trauma nas diferentes situações, através de normas orientadoras de enfermagem (Borges & Brasileiro, 2018). Toda a equipa multidisciplinar tem de utilizar a mesma linguagem para implementar estratégias adequadas que proporcionem a identificação eficaz das lesões e a rápida intervenção apropriada, com a finalidade de melhorar substancialmente o prognóstico das pessoas vítimas de trauma (DGS, 2010).

A transição de cuidados junto à PSC não deve ser desconsiderada, principalmente no SU, onde o risco de ocorrência de eventos adversos é alto. Por isso, a transição de cuidados junto à PSC pode fomentar cuidados seguros e a integração da família na transição segura do cuidado (Campbell & Dontje, 2019).

Em 2014, a Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência, criada em 2011, com o objetivo de avaliar o modo como a rede nacional de emergência e urgência se operacionalizava e proceder à reorganização da mesma, definiu

a criação de centros de trauma adequadamente distribuídos pelo país, e a criação de quatro redes de referência, em que uma delas se centra na pessoa vítima de trauma, denominada Via Verde de Trauma (Despacho n.º 10319/2014, 2014). A Via Verde de Trauma reconhece-se como um sistema coordenado para assistir pessoas vítimas de trauma de uma determinada região geográfica. Segundo o Instituto Nacional de Emergência Médica (2020), este sistema surge da carência reconhecida de aperfeiçoar a resposta à pessoa vítima de trauma nos hospitais, através da identificação precoce das lesões e a sua gravidade, como também da intervenção especializada, imediata e adequada dos cuidados prestados, e uma reabilitação precoce para permitir o retorno rápido às atividades de vida diárias.

Em contexto de trauma, é essencial a documentação de um conjunto de dados que evidenciem os cuidados prestados. Existem diversos países que já referem que é determinante para a pessoa vítima de trauma o registo dos cuidados prestados, como os Estados Unidos da América que criaram, nos últimos anos, bases de dados a nível informático, aplicações, entre outros (*American Trauma Society*, 2017). Em 2020, o Instituto Nacional de Emergência Médica produziu uma Via Verde de Trauma, promovendo o registo eletrónico no terreno, através da plataforma *ITEAMS - INEM Tool For Emergency Alert Medical System*. No final desse mesmo ano, todos os meios do Instituto Nacional de Emergência Médica estavam habilitados para a recolha e o registo de informação no âmbito do trauma (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2020).

A colaboração em equipa, a liderança, a cultura organizacional, a responsabilidade profissional, a transição de cuidados junto à PSC, a educação, as competências profissionais, o *feedback*, o instrumento estruturado de transição de cuidados e o treino/exercício de simulação, são as intervenções especializadas de enfermagem mais adequadas para promover um *handoff* seguro em contexto de cuidados à PSC vítima de trauma (Appelbaum et al., 2021; Campbell & Dontje, 2019; Dúason et al., 2021; Haddeland et al., 2022; Hovenkamp et al., 2018; Jamshidi et al., 2019; Pokojová & Bártilová, 2018; Powell et al., 2020; Troyer & Brady, 2020).

A PSC vítima de trauma vivencia uma transição inesperada e repentina, em que os cuidados prestados, diretamente ou indiretamente, devem ter como objetivo otimizar a sua qualidade de vida, desde a abordagem pré-hospitalar até a sua alta hospitalar, uma vez que percorre vários ambientes de prestação de cuidados. O cuidar da PSC vítima de

trauma orientou-nos para a Teoria das Transições de *Afaf Meleis* (2000), visto que a PSC e sua família irão vivenciar inúmeras transições ao longo do seu internamento.

1.4 Referencial teórico de Afaf Meleis

A Teoria das Transições é uma teoria de médio alcance que pretende oferecer um suporte conceitual para compreender e interpretar os fenómenos de enfermagem, sendo constituída por quatro concepções centrais: natureza das transições, condicionantes facilitadores e inibidores da transição, padrões de resposta e intervenções terapêuticas de enfermagem (Meleis, 2010). As transições podem ser vivenciadas individualmente ou em família e identificam-se em quatro tipos de transição: saúde-doença, desenvolvimental, situacional e organizacional, que coincide com a mudança de um estado de saúde para outro, não incluindo obrigatoriamente o aparecimento de uma doença (Meleis, 2010). Também, são constituídas por cinco propriedades: consciencialização, empenhamento, mudança e diferença, espaço temporal da transição, acontecimentos e pontos críticos (Meleis, 2010). O processo de transição pode ser facilitador ou inibidor a nível pessoal, social e da comunidade. Este processo é possível ser modificado pelo seu significado, pelo nível de conhecimentos, pelo meio, pelo planeamento da pessoa face à situação e pelo bem-estar físico e emocional vivenciado pela pessoa (Meleis, 2010). As transições positivas incluem: sentir-se ligado, interagir, estar situado e desenvolver confiança e *coping*, tendo como indicador de resultado do processo de transição a mestria (Meleis, 2010). A autora, indica que o mesmo indivíduo pode experienciar mais do que uma transição em simultâneo ou sequencialmente (Meleis, 2010).

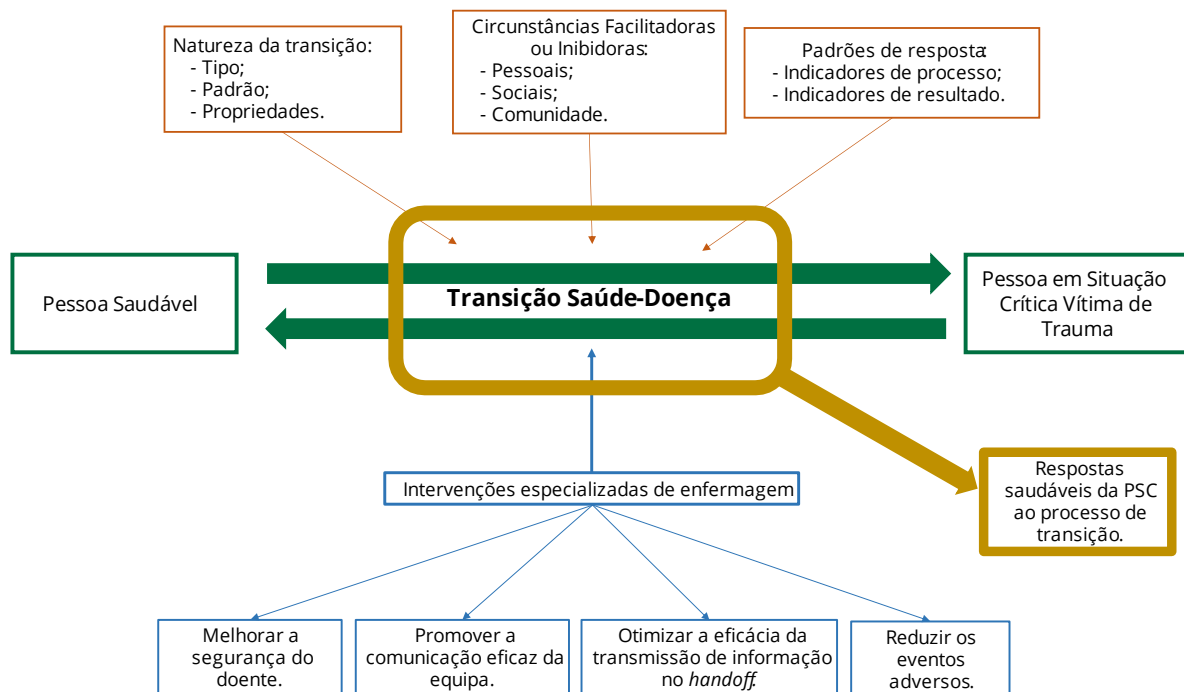
Segundo a mesma autora, as transições podem ser desencadeadas por episódios críticos ou situações que acarretam mudança na vida ou ambiente do doente e/ou sua família, considerando os enfermeiros os profissionais indicados para facilitar a transição da pessoa para o estado saudável (Meleis, 2010), com intervenções especializadas e centradas na PSC vítima de trauma e sua família. O conceito de transição revela-se como um dos conceitos elementares da disciplina de enfermagem (Meleis et al., 2000).

A autora menciona que o enfermeiro apresenta-se numa posição distinta para agir como um componente mediador do período de instabilidade familiar (Meleis, 2010), pela

sua proximidade física e relacional com a PSC e sua família, como também pela sua competência profissional e relacional com a equipa multidisciplinar.

Figura 1

Processo de transição de enfermagem da pessoa em situação crítica vítima de trauma no handoff



Conforme se ilustra na Figura 1, ao relacionar a temática principal deste Relatório com a Teoria das Transições (Meleis et al., 2000), evidencia-se que a PSC vítima de trauma, anteriormente pessoa saudável, atravessa uma transição de saúde/doença, tendo a necessidade de estar internada num ambiente distinto do seu habitual. Assim, o impacto da transição depende da natureza da transição, que inclui o tipo, o padrão e as propriedades; as circunstâncias facilitadoras e inibidoras que abrange as pessoais, as sociais e da comunidade; e os padrões de resposta, que inclui os indicadores de processo e os indicadores de resultado (Meleis et al., 2000).

Compreender todo o processo de transição permite o desenvolvimento de intervenções especializadas de enfermagem para melhorar a segurança do doente, promover a comunicação eficaz da equipa, otimizar a eficácia da transmissão de informação no *handoff* e reduzir os eventos adversos. Estas intervenções especializadas de enfermagem visam facilitar a transição vivenciada pela PSC promovendo respostas saudáveis ao processo de transição.

O referencial teórico aqui exposto sintetiza e suporta a intervenção especializada de enfermagem no *handoff*, promovendo a segurança da PSC vítima de trauma, integrando-se como um componente orientador para as atividades desenvolvidas ao longo dos dois contextos de estágio e que irão ser descritas no capítulo seguinte.

2. Desenvolvimento de Competências Especializadas de Enfermagem

Este capítulo pretende sintetizar o percurso desenvolvido durante os estágios realizados, tendo como suporte o projeto de estágio produzido no semestre anterior. O processo de aquisição de competências profissionais solicita a realização de estágios que se aproximem da realidade, onde existe momentos de observação e intervenção em contextos clínicos concretos, para desenvolver a capacidade e a competência, como também, a integração e a mobilização dos conhecimentos adquiridos no ensino teórico e prático, através de situações reais em contextos distintos (Alarcão, 1996).

O desenvolvimento de competências ocorreu em dois contextos: Serviço de Medicina Intensiva Polivalente (SMIP) e Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) de dois Centros Hospitalares do distrito do Porto, sendo que foram definidos objetivos e atividades para cada contexto.

Tendo em conta os objetivos e contextos escolhidos, desenvolvemos determinadas atividades comuns aos dois campos de estágio, de suporte à realização das seguintes atividades:

- Revisão de literatura;
- Conhecimento da estrutura física, circuito do doente, sistema informático utilizado e articulação com os outros serviços;
- Conhecimento da constituição das equipas, funções dos diferentes elementos e métodos de trabalho;
- Consulta e análise de procedimentos, protocolos e instruções de trabalho;
- Participação nas reuniões realizadas nos serviços e nos momentos de transmissão de informação;
- Reflexão sobre a prática de cuidados com os orientadores de estágio, professora orientadora e pares;
- Prestação de cuidados de enfermagem, tendo em conta critérios de qualidade, segurança, responsabilidade profissional, ética e legal.

A revisão de literatura iniciou-se na elaboração do projeto de estágio e continuou a ser desenvolvida ao longo do percurso em estágio, alavancando uma prática baseada na evidência.

O conhecimento da estrutura física, do circuito do doente, do sistema informático utilizado, da articulação com os outros serviços, da constituição das equipas, das funções dos diferentes elementos e dos métodos de trabalho, como também a consulta e análise de procedimentos, protocolos e instruções de trabalho consentiram uma integração positiva aos serviços. A participação nas reuniões e nos momentos de transmissão de informação facilitaram a integração no serviço, como também a análise e reflexão sobre o *handoff*.

A comunicação com os enfermeiros orientadores e com a professora orientadora facilitou o desenvolvimento da reflexão sobre a prática de cuidados e possibilitou analisar cada acontecimento. Ao longo do estágio, foram prestados cuidados de enfermagem com responsabilidade profissional, ética e legal, bem como, cuidados centrados na PSC e família tendo sempre presente a promoção da segurança.

2.1 Estágio 1 – Serviço de Medicina Intensiva Polivalente

As primeiras UCI desenvolveram-se durante a epidemia de poliomielite em Copenhaga, em 1952, e em Portugal, as primeiras UCI surgiram no final da década de 50 do século XX (Paiva et al., 2016). As UCI são “locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais” (Ministério da Saúde & DGS, 2003, p.6). Uma UCI pode ser específica de uma especialidade médica ou cirúrgica, ou pode ser polivalente, sendo que tem a capacidade de PSC do âmbito médico e cirúrgico (Despacho nº 4320/2013, 2013).

As UCI Polivalentes podem ser organizadas em três níveis, tendo em conta o nível de complexidade dos cuidados prestados. A unidade de nível I é o equivalente a uma Unidade de Cuidados Intermédios, que na sua maioria está integrada nas UCI. Esta unidade recebe pessoas com risco ou em falência de órgão para vigilância e monitorização de forma não invasiva/invasiva e assegura manobras de reanimação (Despacho nº 4320/2013, 2013). A unidade de nível II possui monitorização invasiva e apresenta capacidade de proporcionar suporte de órgão, apesar de não ter acesso permanente a meios de diagnósticos e a especialidades diferenciadas. As unidades de nível III usufruem de acesso a meios de monitorização, diagnóstico e tratamento

diferenciados, de forma a dar resposta às solicitações do SU e dos restantes serviços a nível hospitalar (Despacho nº 4320/2013, 2013).

A maioria das UCI progrediram para Serviços de Medicina Intensiva tendo como objetivo a gestão da PSC a nível hospitalar, incluindo a sala de emergência do SU e a equipa de emergência intra-hospitalar (Paiva et al., 2016). Este contexto de estágio foi realizado num SMIP com a capacidade de receber PSC de elevada complexidade do foro médico, cirúrgico e traumatológico.

O SMIP está inserido num Centro Hospitalar composto por três unidades hospitalares, que tem como área de influência direta 15 freguesias de um concelho, abrangendo 303.854 habitantes (Instituto Nacional de Estatística, 2021), apesar de poder receber doentes de outros concelhos por ser um hospital de diferenciação e referência em várias especialidades. Localiza-se no piso 1 do Centro Hospitalar, junto ao SU polivalente e do serviço de imagiologia. Este contexto de estágio decorreu no período compreendido entre 3 de outubro e 25 de novembro de 2022, num total de 250 horas.

Este SMIP é constituído por duas alas de nível III: a ala A tem 16 camas, em que quatro são de isolamento respiratório, e a ala B tem 12 camas, em que duas são de isolamento respiratório. Cada cama está localizada numa *box* individual, onde dispõe de todo o equipamento necessário para atuar em situações que implicam a monitorização hemodinâmica e ventilação não invasiva/invasiva, também dispõe de um computador para realizar registos, de uma cama articulada com colchão de pressão alternada específica para unidades de cuidados intensivos e um cadeirão para realizar o levante do doente. Também dispõe de material desinfetante e de um local para a realização da lavagem das mãos. A *box* individual, com capacidade para realizar isolamento respiratório, apresenta pressão negativa e uma antecâmara com portas automáticas. Este serviço dispõe de uma sala de preparação de medicação e de uma sala onde é realizada a passagem de turno de todos os doentes. Como também, dispõe de uma área central onde tem dois monitores com a monitorização hemodinâmica dos doentes do serviço e um monitor com a monitorização de todas as bombas e seringas perfusoras dos doentes, onde alarma se alguma medicação estiver a terminar, e também tem uma sala para a transmissão de informação e acolhimento à família.

A equipa de enfermagem é constituída por 106 enfermeiros, tendo um enfermeiro em funções de gestão e os restantes divididos em cinco equipas em horário de trabalho

do tipo *roulement*. Conta ainda com uma equipa de reabilitação. Dentro da equipa de enfermagem, existem 16 enfermeiros que de forma rotativa realizam funções de coordenação do serviço, 34 enfermeiros que realizam funções na equipa de emergência médica intra-hospitalar e oito enfermeiros que pertencem à equipa de reabilitação. Por turno são 16 enfermeiros distribuídos pelas duas alas, em que existe um enfermeiro coordenador responsável pela gestão de cuidados e que, na ausência do enfermeiro em função de gestão, também realiza a gestão dos recursos humanos e materiais. Também são distribuídos dois enfermeiros em cada turno em que lhes é atribuído um doente, ficando igualmente de apoio à equipa de emergência médica intra-hospitalar, juntamente com um médico intensivista.

Existem no SMIP um total de 24 enfermeiros especialistas, em que sete enfermeiros possuem o mestrado na área de especialização. Dos enfermeiros especialistas, 16 são em enfermagem médico-cirúrgica, oito em enfermagem de reabilitação e cinco enfermeiros encontram-se a frequentar o curso de mestrado em enfermagem na área de especialização da pessoa em situação crítica.

No SMIP, o rácio enfermeiro/doente existente é de um enfermeiro para dois doentes, distribuídos segundo o seu grau de complexidade de cuidados, número que não corrobora as dotações seguras propostas pela Ordem dos Enfermeiros onde se recomenda um enfermeiro para um doente nos serviços de nível III (Regulamento n.º 533/2014, 2014). O método de trabalho de enfermagem é o método individual, em que cada enfermeiro tem à sua responsabilidade os doentes que lhe são atribuídos no início do turno, sendo que inclui todos os cuidados prestados à PSC e sua família.

O serviço dispõe de equipamentos para realizar ecografia, broncofibroscopia, ventilação invasiva e não invasiva, monitorização PICCO® (*Pulse Induced Contour Cardiac Output*), monitorização BIS (*Bispectral index*) unilateral ou bilateral, monitorização ANI (*Analgesia Nociception Index*), monitorização EEG (*Electroencephalogram*), monitorização da saturação regional de oxigénio do sangue no cérebro através do sistema INVOS™, monitorização de pressão intracraniana através de cateter, técnicas dialíticas contínuas e técnica de oxigenação por membrana extracorporal (ECMO).

O SMIP, por responder a situações de compromisso vital em diversas áreas de especialidade, como o trauma, foi um local onde houve diferentes experiências de cuidados com o foco na PSC vítima de trauma, onde a comunicação entre a equipa é

essencial para a continuidade dos cuidados de enfermagem prestados e onde ocorrem vários momentos de transmissão de informação com a necessidade de uma gestão rápida, complexa e eficaz da PSC. Esta realidade poderá ser propensa à ocorrência de eventos adversos, como omissões de informação, erros na transmissão de informação e falta de precisão da informação transmitida. Pelo exposto, considerou-se extremamente relevante realizar estágio no SMIP, pela sua complexidade de cuidados e pela necessidade de melhorar o *handoff* da PSC.

Os objetivos e as respetivas atividades realizadas neste contexto de estágio estão apresentados na Tabela 1, seguindo-se a sua descrição, reflexão e análise crítica.

Tabela 1

Objetivos e atividades desenvolvidas no Serviço de Medicina Intensiva Polivalente

Objetivos	Atividades
1. Desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e sua família;	○ Prestar cuidados de enfermagem assentes numa prática baseada na evidência à PSC; ○ Colaborar na prestação de cuidados especializados de enfermagem à PSC; ○ Acompanhar o enfermeiro orientador durante a coordenação do serviço e das equipas; ○ Realizar um estudo de caso.
2. Desenvolver competências especializadas de enfermagem na otimização do <i>handoff</i> da pessoa em situação crítica vítima de trauma;	○ Observar o funcionamento e dinâmica da equipa, com especial cuidado no <i>handoff</i> da PSC vítima de trauma; ○ Elaborar uma ferramenta de transição de cuidados; ○ Implementar a ferramenta de transição de cuidados; ○ Realizar sessão de formação no serviço.
3. Contribuir para a disseminação do conhecimento em	○ Participar no 2º Congresso Internacional “O Cuidado Centrado no Cliente e nos Padrões de Qualidade”;

enfermagem na área da pessoa em situação crítica.	o Apresentar póster científico no Webinar “A evidência científica na intervenção clínica”.
---	--

1. Desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e sua família

Ao longo dos primeiros turnos neste contexto, foi realizada a partilha e análise dos objetivos e atividades de estágio com o enfermeiro orientador e com o enfermeiro em funções de gestão, o que permitiu adaptar o tema à equipa e a dinâmica do serviço.

A prestação de cuidados à PSC iniciou-se de forma progressiva em parceria com o enfermeiro orientador, observando primariamente como eram realizadas as intervenções especializadas de enfermagem à PSC, questionando e analisando a prática de enfermagem. Também houve a necessidade de compreender como funcionavam certos equipamentos, concretamente: monitores de monitorização hemodinâmica, ventiladores, equipamentos de perfusão, equipamentos de monitorização da pressão intracraniana e de monitorização da saturação regional de oxigênio do sangue no cérebro através do sistema INVOS, equipamentos de monitorização ANI (*Analgesia Nociception Index*) e bombas de infusão de nutrição entérica.

Durante o estágio foram prestados cuidados especializados de enfermagem à PSC, utilizando um pensamento crítico tendo como suporte a metodologia ABCDE recomendada pelas diretrizes *European Resuscitation Council* em 2015 e atualizada em 2021 (Soar et al., 2021), tendo como princípios a avaliação da pessoa pela ordem A (via área), B (respiração), C (circulação), D (disfunção neurológica) e E (exposição). Também foi realizado uma gestão de prioridades, tendo em conta a PSC e os recursos humanos/ materiais disponíveis. A PSC, quando entra num SMIP, apresenta um risco elevado de situações imprevisíveis, sendo que é necessário avaliar e monitorizar para se obter uma rápida resposta de atuação, no caso de requerer uma equipa multidisciplinar especializada. A maioria dos doentes a quem foram prestados cuidados especializados de enfermagem foram do género masculino, em que o seu diagnóstico de admissão pertencia à especialidade de neurocirurgia, o que permitiu mobilizar os conhecimentos teóricos adquiridos durante as unidades curriculares do curso de mestrado. A PSC, aquando da entrada no SMIP, vinha maioritariamente do bloco operatório, do serviço de

neurorradiologia e do serviço de hemodinâmica, tendo a sua precedência no SU, onde era realizada a primeira abordagem ABCDE.

Realizou-se a prestação de cuidados especializados de enfermagem à PSC com diferentes patologias, com instabilidade hemodinâmica e/ou com instabilidade cerebral, com instabilidade respiratória com necessidade de oxigenoterapia de alto fluxo ou ventilação mecânica não invasiva/ invasiva, com instabilidade renal com necessidade de realizar técnica de substituição renal contínua e trauma, que careceram de cuidados técnicos de alta complexidade face às necessidades da PSC, desenvolvendo a competência na prestação de cuidados à PSC (Regulamento nº 429/2018, 2018). A prestação de cuidados à PSC, em colaboração com o enfermeiro orientador, foi sendo cada vez mais diferenciada, antecipando possíveis focos de instabilidade e intervindo para reduzir a instabilidade do doente. Também houve colaboração na realização de procedimentos específicos tais como: a colocação de cateter venoso central, cateter arterial, cateter de monitorização de pressão intracraniana e a realização de colonoscopia e broncofibroscopia.

A comunicação com a PSC que se encontra sob ventilação mecânica invasiva, por vezes, é difícil, uma vez que muitos dos doentes internados eram da especialidade de neurocirurgia o que torna ainda mais complexa a comunicação. O enfermeiro tem uma responsabilidade na promoção de uma comunicação efetiva e na diminuição do fator ansiedade inerente à situação clínica da PSC e, para isso, tem de desenvolver estratégias para colmatar as barreiras de comunicação. Durante o estágio, foi verificado que o serviço não tinha material para ajudar na comunicação, como por exemplo um cartaz com desenhos ou um cartaz com o alfabeto; estratégia por nós sugerida. Assim, passou a ser utilizado papel e caneta para comunicar com a PSC ventilada, embora alguns doentes não terem nível de escolaridade suficiente. É fundamental promover um ambiente seguro, onde os doentes compreendam a informação que lhes está a ser transmitida através de uma comunicação simples, concreta e assertiva (Almeida et al., 2020). Através destas estratégias sugeridas, verificou-se uma maior facilidade da PSC expressar os seus pensamentos, sentimentos e necessidades, garantindo uma melhor comunicação com o enfermeiro e, naturalmente, uma prestação de cuidados condutora de bem-estar à pessoa e família (Handberg & Voss, 2018). A equipa de enfermagem criou o diário de internamento do SMIP para cada doente que estivesse ventilado e sedado, onde descreve

o que vai ocorrendo ao longo do seu internamento, incluindo a família nesse processo. A equipa de enfermagem desenvolveu esta estratégia para ser um fator facilitador na transição saúde-doença que ocorre na PSC.

O enfermeiro tem um papel fundamental na prevenção e controlo da dor na PSC, uma vez que esta apresenta, muitas vezes, dor associada à sua condição clínica ou dor associada a dispositivos presentes, como sendo o tubo endotraqueal, cateteres vasculares e drenos ou dor associada a procedimentos como aspiração de secreções, posicionamento no leito e realização de tratamento de feridas complexas. A sensibilização para este tema tem crescido nos últimos anos, com várias diretivas emanadas nacionalmente para a prestação de cuidados no doente com dor (DGS, 2017c). Por isso, torna-se importante a avaliação da dor na PSC para a realização da gestão eficaz e eficiente da dor, em colaboração com a equipa multidisciplinar. Para a avaliação quantitativa da dor, este serviço utiliza a *Behavioural Pain Scale* (BPS) para a PSC que não comunica e a escala visual numérica para a PSC que comunica. Para a caracterização da dor, realizávamos questões diretas ao doente ou visualizávamos o comportamento deste e, assim, verificávamos os seguintes aspetos: se o início era severo, gradual ou lento; se a duração era contínua ou intermitente; se era revertido espontaneamente; se o tipo de dor era pontada, picada, moedeira, espasmódica ou cólica; se era associada à aspiração de secreções, à tosse, ao jejum, à ingestão de alimentos, ao levantar, ao posicionamento ou à realização de procedimentos técnicos e se era de origem cutânea, fantasma, profunda ou reflexa. Como também, certificávamos em que momento se realizava a avaliação da dor, se durante o procedimento ou em repouso; se a intervenção analgésica foi farmacológica ou não farmacológica, que inclui a crioterapia, massagem terapêutica, posicionamento antiálgico, musicoterapia e técnicas de relaxamento, e ainda, se houve eficácia da intervenção.

Ao longo do estágio existiram vários momentos em que houve a oportunidade de realizar a avaliação e caracterização da dor da PSC. Segundo a instrução de trabalho do serviço, a avaliação e a caracterização da dor era sempre realizada no início de todos os turnos e de 4 em 4 horas. No caso de existir dor, realizava-se uma intervenção não farmacológica e reavaliava-se novamente a dor. Se não houvesse alívio da dor, realizava-se uma intervenção farmacológica com reavaliação aos 30 minutos. Quando se realizava um procedimento que iria causar dor avaliava-se antes, durante e após a intervenção. A

utilização de protocolos terapêuticos é essencial na PSC para conferir conforto e segurança, administrando, neste caso, fármacos analgésicos e sedativos. Esta experiência foi contributiva de competências na gestão diferenciada da dor e bem-estar da PSC (Regulamento nº 429/2018, 2018).

Ao longo do estágio foi fundamental ter dois conceitos sempre presentes, a segurança do doente e as precauções básicas de controlo de infeção. A segurança foi um pilar basilar nas seguintes intervenções: identificação do doente, gestão do ambiente físico, comunicação entre equipa multidisciplinar e com o doente/família, controlo de transfusões sanguíneas e controlo da preparação de medicação. Quanto às precauções básicas de infeção, o enfermeiro orientador alertou desde o primeiro turno para a importância do seu cumprimento, uma vez que a PSC está muito mais suscetível a infeção. A DGS, com o objetivo de reduzir a infeção associada a alguns dispositivos, emanou três normas concretas, as quais foram atualizadas em 2022: Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação (Norma nº 021/2015, 2015); Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical (Norma nº 019/2015, 2015) e Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central (Norma nº 022/2015, 2015).

A pneumonia associada à intubação e a infeção associada ao cateter venoso central são os principais focos de infeção nas UCI, havendo um decréscimo da taxa de incidência nos últimos anos (DGS, 2017). Neste contexto de estágio, a norma nº 021/2015 (2015), atualizada em 2022, utilizada e recomendada pela DGS para a prevenção da pneumonia associada à intubação, situava-se em seis dimensões avaliadas pelo menos uma vez por turno: avaliação da possibilidade de reduzir/parar diariamente a sedação; avaliar diariamente a possibilidade de desmame ventilatório e/ou extubação; manutenção da cabeceira elevada num ângulo $\geq 30^\circ$ e evitar momentos de posição supina; higiene oral com gluconato de cloro-hexidina a 0,2%; manutenção da pressão do balão do tubo endotraqueal entre 20 e 30 cmH₂O; manutenção dos circuitos ventilatórios substituindo-os apenas quando visivelmente sujos ou não funcionantes. A norma nº 022/2015, (2015), atualizada em 2022, da Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central promove a descontaminação do local com clorexidina 2% antes da administração de medicação pelo cateter venoso central, a realização de penso do cateter venoso central com técnica assética após 48 horas da sua colocação, se for penso com compressa e de sete em sete dias quando aplicado um penso transparente.

Os profissionais de saúde, por serem os maiores transmissores de infeção, têm uma responsabilidade fundamental nesta área para evitar contaminações cruzadas (DGS, 2017). Assim, foram prestados cuidados especializados de enfermagem tendo sempre como suporte as precauções básicas de infeção, utilizando o equipamento de proteção individual consoante a tipologia de microrganismo presente, sinalizando os casos de isolamento para prevenir a transmissão de infeção, realizando a lavagem das mãos nos cinco momentos preconizados e a desinfeção das mesmas nos momentos recomendados. Também, sensibilizando a família para a importância da adoção de medidas de controlo de transmissão de infeção e o impacto que poderão ter na PSC. Estas situações permitiram refletir e analisar as boas práticas de enfermagem e, assim, atingir as competências descritas nesta área (ESEL, 2010; Regulamento nº 429/2018, 2018).

O respeito pela privacidade e confidencialidade da PSC e sua família estiveram sempre presentes em todas as intervenções de enfermagem realizadas. Cada *box* individual tem uma cortina que permite manter a privacidade durante a realização dos procedimentos e houve sempre o cuidado de expor apenas o essencial para a realização de algum procedimento.

Neste serviço, a família é considerada essencial para a prestação de cuidados à PSC. Quando a PSC é admitida no serviço, é definido o familiar de referência, a quem é realizado o acolhimento e explicado como funciona o período das visitas e quais são as normas do serviço. Também é disponibilizado o contacto do serviço para realizar o agendamento das visitas ao longo dos dias. No início do estágio, as visitas eram permitidas uma vez por semana para cada “cama”, as camas com números ímpares eram à quarta-feira e as camas com números pares eram ao sábado. No início do mês de novembro, a norma das visitas foi alterada pelo Conselho de Administração do Centro Hospitalar. A PSC passou a ter duas visitas diárias dos familiares, que entravam em conjunto durante 30 minutos, sendo que a visita era agendada com o secretário do serviço. Na hora da visita programada, o secretário do serviço coordenava com o enfermeiro responsável pela PSC a entrada do familiar.

A integração da família nos cuidados prestados à PSC é capital para o processo de transição saúde-doença da PSC, uma vez que a família é um elemento próximo da PSC e, como esta, também está a viver um processo de transição (Mendes, 2015). Por isso se torna importante a utilização de estratégias de uma comunicação efetiva e assertiva, a

demonstração de disponibilidade e empatia no contacto com a família, como também, o acompanhamento da família no seu processo de transição. A experiência que detinha como enfermeira de um SMIP foi muito relevante e um fator facilitador no estabelecimento de uma relação terapêutica com a família da PSC.

A observação e intervenção especializada nestas variadas situações, possibilitou a reflexão e análise crítica sobre as intervenções de enfermagem realizadas e, assim, enriquecer o percurso ao longo deste contexto de estágio. Também destaco a disponibilidade demonstrada pela equipa multidisciplinar para proporcionar momentos de aprendizagem como, por exemplo, a observação de colocação de um cateter de monitorização de pressão intracraniana, a observação de um ponto hemodinâmico na monitorização do PICCO® (*Pulse Induced Contour Cardiac Output*), como também, observação de uma situação de paragem cardiorrespiratória, em que houve a mobilização de conhecimentos adquiridos na unidade curricular suporte avançado de vida. O enfermeiro orientador foi essencial para proporcionar momentos de *debriefing* potenciadores da aprendizagem, para colmatar carências de aprendizagem, melhorando o nosso percurso académico.

O acompanhamento do enfermeiro orientador durante a coordenação do serviço e das equipas permitiu aprofundar competências na área da gestão. O enfermeiro coordenador do serviço tem o papel de gerir as vagas da unidade, a transferência dos doentes para exames complementares de diagnóstico ou bloco operatório, gerir os recursos humanos e materiais, supervisionar os cuidados prestados, assumir os cuidados de enfermagem dos doentes atribuídos aos enfermeiros que são ativados para a equipa de emergência médica intra-hospitalar e gerir a entrada e saída dos familiares. Também, realiza a distribuição da equipa pelas camas ocupadas e vagas, o que exige ter conhecimento da complexidade de cada doente e da competência de cada elemento da equipa. No final do turno, atualiza as informações importantes de cada doente para posterior transmissão de informação à equipa que irá entrar para realizar o turno seguinte, dando-lhes uma visão geral dos doentes que estão internados no serviço. Este acompanhamento da coordenação de equipa permitiu apreender estratégias de gestão e de comunicação da equipa, de supervisão de cuidados, de gestão de recursos, de liderança de equipas e o seu impacto na qualidade dos cuidados prestados e, consequentemente, nos resultados para a PSC. Assim, desenvolveram-se competências

na liderança e gestão de recursos às situações e ao contexto (Regulamento nº140/2019, 2019).

A elaboração do estudo de caso convocou ainda mais a reflexão sobre a prática de cuidados de enfermagem, onde foi sistematizado a evidência científica num situação concreta de cuidados, fortalecendo os conhecimentos adquiridos e expondo os resultados do raciocínio clínico (ESEL, 2010).

Portanto, ao longo deste estágio, considera-se ter havido uma melhoria no conhecimento, na organização do pensamento crítico e na prática reflexiva, o que permitiu desenvolver várias competências relacionadas com a prestação de cuidados à PSC e sua família. Da mesma forma, conseguiu-se antecipar a instabilidade e/ou risco de falência orgânica, aplicar protocolos terapêuticos complexos, realizar uma gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC e promover a segurança do doente. Como também, realizar uma comunicação efetiva com a PSC e a sua família, estabelecer uma relação terapêutica com a PSC e sua família, assistir no processo de transição da PSC e sua família e colocar em prática os procedimentos de controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos, de acordo com as normas de prevenção das Infecções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde e de Resistência a Antimicrobianos da PSC (ESEL, 2010; Regulamento nº 429/2018, 2018; Regulamento nº140/2019, 2019).

2. Desenvolver competências especializadas de enfermagem na otimização do *handoff* da pessoa em situação crítica vítima de trauma

Neste contexto de estágio, houve a possibilidade de presenciar várias transições de cuidados entre turnos dentro da mesma equipa, sendo que não houve oportunidade de experienciar um momento de *handoff* (transição de cuidados entre serviços) da PSC vítima de trauma. No início de todos os turnos, a equipa que entrava para realizar turno reunia-se numa sala onde o enfermeiro coordenador do turno anterior realizava uma transição de cuidados sucinta sobre todos os doentes do SMIP. Após isto, cada elemento da equipa dirigia-se aos doentes que lhe foram atribuídos para receber as informações relativas a estes, pelo colega do turno anterior. Esta transição de cuidados era realizada sem nenhuma ferramenta estruturada, apesar de estar prevista a utilização de uma mnemónica, nomeadamente, o ISBAR dentro do Centro Hospitalar. Tendo em conta esta situação, constatou-se que existia perda de informação relativa ao doente, por vezes,

importante para a continuidade da prestação de cuidados de enfermagem.

O momento de transição de cuidado do doente é considerado uma situação vulnerável/crítica para a segurança deste, principalmente, na admissão e na alta hospitalar para o domicílio ou para outro nível de cuidados, como também na mudança de turno no mesmo serviço (DGS, 2017a). Assim, num momento de *debriefing* com o enfermeiro em funções de gestão e o enfermeiro orientador, determinámos ser essencial padronizar a comunicação entre a equipa do serviço, como também entre esta equipa e os outros serviços do hospital, garantindo a transferência de informação e a segurança do doente. Como não existia, foi proposto a realização de uma ferramenta estruturada para a transição de cuidados.

Realizámos uma análise SWOT (Fraquezas, Ameaças, Forças e Oportunidades), o que permitiu refletir sobre os componentes positivos e negativos da situação com necessidade de intervenção. A Tabela 2 organiza a análise SWOT realizada.

Tabela 2

Análise SWOT (Fraquezas, Ameaças, Forças e Oportunidades)

Forças	Oportunidades
• Ausência ou uso reduzido de protocolos ou normas de transição de cuidados de saúde eficaz; • Inexistência de custos associados à sua implementação.	• Cumprir as recomendações emitidas pela DGS; • Cumprir as recomendações promovidas pelo PNSD 2021-2026; • Melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem no que concerne à transição de cuidados de saúde eficaz.
Fraquezas	Ameaças
• Complexidade da UCI; • Risco de não adesão da equipa.	• Resistência da equipa à mudança de comportamentos.

De modo a atingir este objetivo de estágio, realizámos uma revisão da literatura sobre comunicação efetiva, procurando estudos que mostrassem e sustentassem esta temática. Tendo em conta as especificidades do SMIP, como também o PNSD 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021, 2021) e a Norma n.º 001/2017 (2017) da DGS “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”, foi elaborada uma ferramenta estruturada de

transição de cuidados de enfermagem (Apêndice I), segundo a mnemónica ISBAR, em suporte informático com a possibilidade de colocar em suporte de papel. Esta ferramenta foi realizada em colaboração com a professora orientadora e o enfermeiro orientador e, após a sua conclusão, foi apresentado ao enfermeiro em funções de gestão do SMIP.

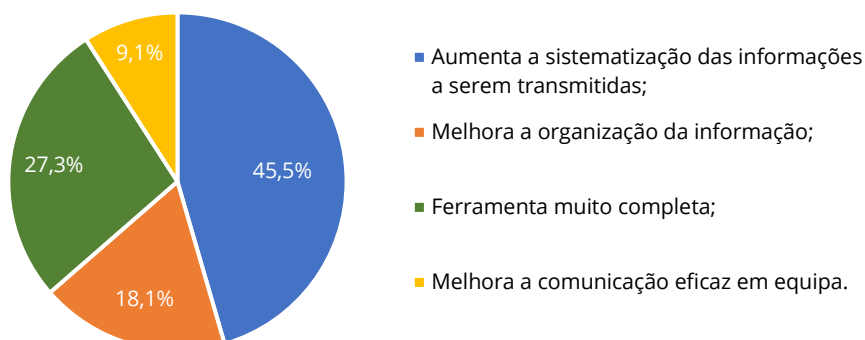
Posto isto, ficou definido realizar um pré-teste de implementação da ferramenta a um grupo de enfermeiros do SMIP. O grupo foi constituído por 22 enfermeiros que utilizaram a ferramenta durante as transições de cuidados. Para a sua implementação foi realizada uma breve explicação a cada participante sobre o objetivo e a finalidade da ferramenta. Após a sua utilização durante duas semanas, foi elaborado um questionário de avaliação da ferramenta de transição de cuidados de enfermagem (Apêndice II). Garantindo o cumprimento dos direitos de confidencialidade e anonimato dos participantes, o questionário contemplava as seguintes questões: “Quais os pontos positivos da implementação da Folha de Transição de Cuidados no SMIP?”; “Quais os pontos menos positivos da implementação da Folha de Transição de Cuidados no SMIP?”; “Quais os pontos a melhorar na Folha de Transição de Cuidados?”.

Do universo dos 22 enfermeiros, responderam 11 enfermeiros (50%), o que se considera uma amostra representativa. O questionário esteve disponível na plataforma online para ser preenchido entre 11 e 21 de novembro de 2022, sendo que os seus resultados foram recolhidos para a ferramenta Microsoft Office Excel.

Relativamente à primeira questão (Gráfico 1), cerca de 45,5% dos participantes responderam que esta ferramenta aumenta a sistematização das informações a serem transmitidas; 18,1% referem que melhora a organização da informação; 27,3% referem que a ferramenta é muito completa, que engloba toda a informação pertinente do processo de enfermagem com acesso rápido e que reduz as falhas na transmissão de informação clínica relevante. Por último, 9,1% referem que melhorou a comunicação eficaz em equipa.

Gráfico 1

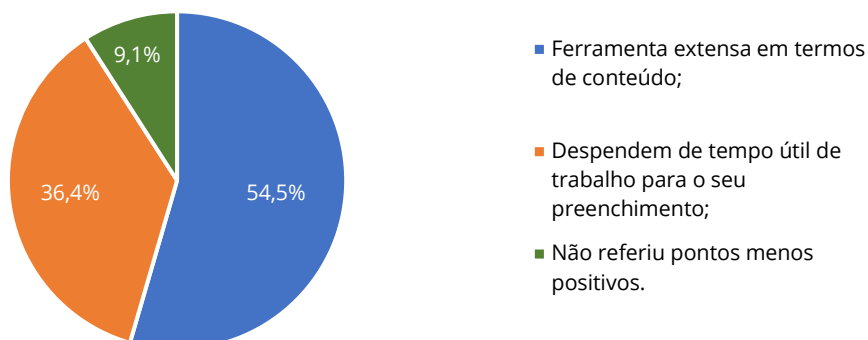
Respostas dos enfermeiros à questão: "Quais os pontos positivos da implementação da Folha de Transição de Cuidados no Serviço de Medicina Intensiva?"



Em relação à segunda questão (Gráfico 2), cerca de 54,5% dos participantes referem que é uma ferramenta extensa em termos de conteúdo; 36,4% referem que despendem de tempo útil de trabalho para o seu preenchimento; 9,1% não referiu pontos menos positivos.

Gráfico 2

Respostas dos enfermeiros à questão: "Quais os pontos menos positivos da implementação da Folha de Transição de Cuidados no Serviço de Medicina Intensiva?"



No que se refere à última pergunta, os participantes referiram como aspetos a melhorar: alterar o aspeto gráfico da folha de transição de cuidados, agrupar os itens de uma outra forma, conseguir que o programa informático utilizado no serviço transmita automaticamente algumas informações para a folha de transição de cuidados e conseguir colocar uma intervenção de alerta para a realização da folha de transição de cuidados no programa informático utilizado. Pode-se concluir que a nossa amostra refere uma

melhoria na sistematização, organização, eficiência, qualidade e satisfação em relação a transição de cuidados, após a utilização da ferramenta estruturada criada e adaptada ao serviço. Houve oportunidade de utilizar a ferramenta implementada ao longo dos últimos turnos do estágio, para ter uma melhor sistematização da informação transmitida, garantindo a continuidade dos cuidados de enfermagem e promovendo a segurança do doente. Com a implementação desta ferramenta, desenvolveu-se competências de comunicação com a equipa, mobilizando competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº140/2019, 2019).

Durante o estágio foram observadas lacunas de comunicação entre a equipa de enfermagem em vários momentos de transição de cuidados. Juntamente com a professora orientadora, o enfermeiro orientador e alguns elementos da equipa de enfermagem, verificamos que existia pouco conhecimento sobre a importância da comunicação eficaz em equipa e quais os fatores facilitadores ou menos facilitadores da comunicação eficaz. Realizou-se uma proposta ao enfermeiro em funções de gestão, que consistia em realizar curtas sessões de formação a toda a equipa, o que não foi aprovado por naquele momento existir uma mudança estrutural tanto a nível físico como de recursos humanos. Ao longo do estágio, existiram vários momentos de formação informal com alguns enfermeiros da equipa do SMIP que já realizaram pós-licenciaturas de especialização/mestrados ou que ainda se encontravam a realizar. Esta partilha de experiência académica e profissional foi muito benéfica para o processo de desenvolvimento de competências.

3. Contribuir para a disseminação do conhecimento em enfermagem na área da pessoa em situação crítica

A Ordem dos Enfermeiros refere que o Enfermeiro Especialista alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como um facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação (Regulamento nº140/2019, 2019). Nesta premissa, participámos em dois eventos científicos que enriqueceram o desenvolvimento do presente relatório de estágio na área em estudo.

Primeiramente, no 2º Congresso Internacional “O Cuidado Centrado no Cliente e nos Padrões de Qualidade”, realizado online pela ESEL, no dia 14 de outubro de 2022 com

a duração de oito horas (Anexo I). O objetivo deste congresso foi difundir a evidência científica sobre o cuidado centrado no cliente e nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Especificamente centrou-se em temas como: Organização dos Cuidados de Enfermagem; Satisfação do Cliente; Promoção da Saúde e Prevenção de Complicações; Bem-Estar e Autocuidado. Este congresso reuniu especialistas e peritos da área do conhecimento em enfermagem para promover a partilha, debate e reflexão sobre questões atuais do cuidado centrado no cliente e nos padrões de qualidade. Estes defendem que as mudanças que se sucedem nos cuidados de saúde, como também a evolução a que as sociedades estão sujeitas, implicam formação contínua e atualizada dos profissionais de saúde para prestarem cuidados de saúde de qualidade.

Participámos igualmente no *Webinar* “A evidência científica na intervenção clínica”, realizado online pela ESEL, no dia 10 de novembro de 2022 com a duração de cinco horas. O principal objetivo do evento foi refletir sobre a enfermagem médico-cirúrgica relativamente ao conhecimento científico e a intervenção clínica nos três níveis de formação (licenciatura; mestrado e doutoramento da ESEL). Foram abordados vários temas, tais como: a prática baseada na evidência; o cuidado à pessoa e família em situação de doença crítica ou doença crónica e paliativa; o suporte tecnológico no cuidado à pessoa adulta e idosa.

Neste *webinar* realizámos a submissão de um póster intitulado “A segurança da pessoa em situação crítica vítima de trauma no *handoff*: como promover?” (Apêndice III).

Com este objetivo específico, foram desenvolvidas competências comunicacionais no âmbito profissional e académico, como também, foram adquiridos conhecimentos científicos sobre várias problemáticas dos cuidados de saúde.

2.2 Estágio 2 – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

Segundo o Ministério da Saúde (2002), os SU são “serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas” (p.1885). A urgência define-se como “um processo que exige intervenção de avaliação e/ou correção em curto espaço de tempo (curativa ou paliativa)” (p.8) e a emergência determina-se como “um processo para qual existe um risco de perda de vida ou de função orgânica,

necessitando de intervenção em curto espaço de tempo” (Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência, 2012, p.8).

Em 2006 foram considerados três níveis de responsabilidade dos SU: serviço de urgência básica, SUMC e serviço de urgência polivalente. O serviço de urgência básica é “o primeiro nível de acolhimento a situações de urgência, constitui o nível de cariz médico (não cirúrgico, à exceção de pequena cirurgia)” (p. 18611), em que, o acesso ao serviço de urgência básica seja superior a 60 minutos em relação ao SUMC ou serviço de urgência polivalente mais próximo (Despacho n.º 18459/2006, 2006). O SUMC é

o segundo nível de acolhimento das situações de urgência, que deve localizar-se estrategicamente de modo que, dentro das áreas de influência respetivas, os trajetos terrestres não excedam sessenta minutos entre o local de doença ou acidente e o hospital. Este serviço deve distar mais do que sessenta minutos de outro serviço de urgência do nível médico-cirúrgico ou polivalente (Despacho n.º 18459/2006, 2006, p. 18611).

O Serviço de urgência polivalente é “o nível mais diferenciado de resposta à situação de urgência/emergência, localizando-se em regra num Centro Hospitalar” (p. 18611) e inclui todos os recursos referidos para o SUMC, como também garante a existência de urgências específicas de pediatria, obstetrícia, psiquiatria e de outras especialidades (Despacho n.º 18459/2006, 2006). Em 2015, pela primeira vez, a viatura médica de emergência e reanimação integra os SU, repartindo os recursos humanos e materiais, e mantendo-se organicamente dependentes do Instituto Nacional de Emergência Médica, tendo em atenção a população abrangida e o tempo de distância ao SU (Despacho n.º 5561/2014, 2014). O SU, tendo em atenção o nível de responsabilidade, define os recursos humanos e materiais necessários, as valências médicas obrigatórias, as redes de referenciação de especialidades hospitalares necessárias e a constituição da equipa multidisciplinar com competências e formação necessária na receção do doente emergente e/ou crítico (Despacho n.º 10319/2014, 2014).

O SUMC escolhido para a realização do estágio está inserido num Centro Hospitalar composto por duas unidades hospitalares, tendo como área de influência direta 195 freguesias de 12 concelhos, totalizando 493.046 habitantes (Instituto Nacional de Estatística, 2021). Apesar de abranger uma área populacional elevada, em várias situações, os doentes têm de ser transferidos para outros Centros Hospitalares, por este

não possuir todas as especialidades clínicas. A unidade principal do Centro Hospitalar é onde está alocada o SUMC e a segunda unidade está localizada a cerca de 30 Km da unidade principal, integrando esta um serviço de urgência básica.

O SU é composto por três partes distintas na prestação de cuidados: a urgência geral, que se destina à prestação de cuidados urgentes e/ou emergentes do adulto, a urgência obstétrica que se destina à prestação de cuidados obstétricos e ginecológicos e a urgência pediátrica, que se destina à prestação de cuidados urgentes e/ou emergentes a crianças, com idade inferior a 18 anos.

A urgência geral está integrada no departamento de emergência, urgência e medicina intensiva e presta cuidados de saúde durante todos os dias do ano, 24 horas por dia. Localiza-se no piso quatro do Centro Hospitalar, junto ao SMIP e do serviço de imagiologia. Este contexto de estágio decorreu no período compreendido entre 28 de outubro de 2022 e 10 de fevereiro de 2023, num total de 250 horas.

O SUMC é constituído por sete setores de trabalho: Triagem, Área Verde/Azul, Área Laranja, Área Amarela, Sala de Emergência, Área Cirúrgica/Trauma e Estrutura Modular. O espaço físico do SUMC é constituído pela:

- Área de receção – onde se realiza a admissão de doentes;
- Área de espera para macas vindas do exterior;
- Duas salas onde se realiza a Triagem de *Manchester* de adulto;
- Sala de espera exterior para os doentes que irão à triagem, para os doentes com a cor azul/verde e os familiares;
- Gabinete médico para observação dos doentes com a cor azul/verde;
- Sala de enfermagem para atendimento ambulatorio dos doentes com a cor azul/verde;
- Sala de observação da cor laranja da especialidade médica composta por 10 unidades para macas e quatro unidades para cadeirões com rampa de vácuo, monitor de parâmetros vitais e rampa de oxigénio;
- Sala de decisão clínica da cor amarela/laranja da especialidade médica ou cirúrgica composta por 11 unidades para macas com rampa de vácuo, monitor de parâmetros vitais e rampa de oxigénio;
- Zona de macas da cor laranja da especialidade médica, no corredor;

- Dois gabinetes médicos para observação dos doentes com a cor laranja da especialidade médica;
- Sala de espera para os doentes com a cor amarela/laranja da especialidade médica;
- Dois gabinetes médicos para observação dos doentes com a cor amarelo da especialidade médica;
- Sala de enfermagem para atendimento ambulatorio dos doentes com a cor amarela da especialidade médica;
- Sala de observação da cor amarela da especialidade médica composta por 11 unidades para macas com rampa de vácuo, monitor de parâmetros vitais e rampa de oxigénio;
- Zona de macas da cor amarelo da especialidade médica, no corredor;
- Quarto de isolamento com casa de banho;
- Sala de emergência, composta por três unidades, com ventilador, rampa de vácuo, rampa de oxigénio, monitor/desfibrilhador, duas bombas de perfusão e duas seringas de perfusão;
- Duas salas de pequena cirurgia;
- Sala de observação da cor amarela/laranja da área cirúrgica ou trauma composta por sete unidades para macas com rampa de vácuo, monitor de parâmetros vitais e rampa de oxigénio e cinco unidades para cadeirões;
- Zona de macas da cor amarela/laranja da área cirúrgica ou trauma, no corredor;
- Sala de espera para os doentes com a cor amarela/laranja da área cirúrgica ou trauma;
- Dois gabinetes médicos para observação dos doentes com a cor amarela/laranja da área cirúrgica;
- Dois gabinetes médicos para observação dos doentes com a cor amarela/laranja da área trauma;
- Sala de trauma, composta por duas unidades, com rampa de vácuo, rampa de oxigénio e monitor;
- Sala onde se realiza a comunicação de más notícias;

- Estrutura modular constituída por duas salas, a primeira composta por 33 camas de internamento com rampa de vácuo e rampa de oxigénio e a segunda sala composta por oito camas de internamento com rampa de vácuo e rampa de oxigénio.

A equipa multidisciplinar é composta por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, técnicos de exames médicos complementares, administrativos, seguranças, funcionários dos serviços de limpeza e funcionários dos serviços de alimentação. A equipa médica é composta por clínicos de medicina geral, vários especialistas nas áreas de medicina interna, cirurgia geral e ortopedia, com o apoio permanente da anestesia, medicina intensiva, cardiologia e ginecologia/obstetrícia. Nas outras valências da especialidade, como gastroenterologia, oftalmologia e otorrinolaringologia, caso seja necessário, os doentes são encaminhados para outros hospitais para observação por essas especialidades.

A equipa de enfermagem é constituída por 103 enfermeiros, um enfermeiro gestor, um enfermeiro responsável do serviço de horário fixo e os restantes divididos em cinco equipas em horário de trabalho do tipo *roulement*. Dentro da equipa de enfermagem existe um enfermeiro responsável/coordenador de cada equipa, e só na ausência desse elemento é que o segundo elemento da equipa assume a função de coordenação.

No turno diurno, estão definidos 21 enfermeiros e no turno noturno 18 enfermeiros, distribuídos pelos sete setores, havendo um enfermeiro responsável por cada setor. Na triagem estão distribuídos dois enfermeiros durante o turno diurno, no atendimento dos doentes com cor verde/azul durante o turno diurno está um enfermeiro distribuído e um enfermeiro fica responsável durante o turno noturno pela triagem e pelo atendimento dos doentes com cor verde/azul. Na área laranja da especialidade médica ficam alocados quatro enfermeiros, durante o turno diurno e o turno noturno, e um enfermeiro na área de decisão clínica, durante o turno diurno e o turno noturno. Na área amarela da especialidade médica ficam alocados quatro enfermeiros, durante o turno diurno e o turno noturno, e na sala de emergência fica alocado um enfermeiro durante o turno diurno e o turno noturno. Na área amarela/laranja da especialidade cirúrgica/trauma ficam alocados dois enfermeiros durante o turno diurno e o turno

noturno. Na estrutura modular, ficam alocados seis enfermeiros durante o turno diurno e cinco enfermeiros durante o turno noturno.

O serviço de urgência conta com um total de 27 enfermeiros especialistas, em que cinco enfermeiros possuem o mestrado na área de especialização. Deste total, 23 são enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, dois enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária, um enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, um enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia e quatro enfermeiros encontram-se a frequentar o mestrado em enfermagem na área de especialização da pessoa em situação crítica.

No SUMC, o rácio enfermeiro/doente calculado é de 19 enfermeiros por cada turno para os sete postos de trabalho, alinhado com as dotações seguras propostas pela Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2014). Os métodos de trabalho de enfermagem são diferentes. Nas salas de enfermagem para atendimento ambulatorio vigora o método à tarefa e nas salas de observação o método individual.

Segundo refere o Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto de 2014, o SUMC tem uma viatura médica de emergência e reanimação integrada na equipa que assegura a atividade pré-hospitalar e apoia a prestação de cuidados à PSC. Dos 26 elementos que constituem a equipa da viatura médica de emergência e reanimação, 12 elementos, cerca de 46%, pertencem ao SU.

No mês de fevereiro de 2022, foi criado no Centro Hospitalar a equipa de emergência médica intra-hospitalar (Despacho n.º 9639/2018 de 15 de outubro de 2018) que assegura a resposta imediata a situações de urgência e emergência. Esta equipa é constituída por 39 elementos, sendo uma conjugação de 14 enfermeiros da equipa do SMIP e 25 enfermeiros da equipa do SUMC, cerca de 64% da equipa.

No SU, na resposta a várias situações de urgência/emergência com uma grande complexidade, instabilidade e risco de vida, há necessidade de uma gestão da PSC imediata e eficiente. Assim, foi importante observar e consciencializar a equipa para a importância *do handoff* e da promoção da segurança da PSC vítima de trauma.

Os objetivos e as suas respetivas atividades elaboradas para este contexto de estágio encontram-se apresentados na Tabela 3, seguindo-se a sua descrição, reflexão e análise crítica.

Tabela 3

Objetivos e atividades desenvolvidas no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

Objetivos	Atividades
1. Desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e sua família;	○ Prestar cuidados de enfermagem assentes numa prática baseada na evidência à PSC; ○ Colaborar na prestação de cuidados especializados de enfermagem à PSC; ○ Acompanhar o enfermeiro orientador durante a coordenação das diferentes áreas do serviço; ○ Realizar um jornal de aprendizagem.
2. Desenvolver competências especializadas de enfermagem na otimização do <i>handoff</i> da pessoa em situação crítica vítima de trauma;	○ Observar o funcionamento e dinâmica da equipa, com especial cuidado no <i>handoff</i> da PSC vítima de trauma; ○ Elaborar um questionário diagnóstico de situação; ○ Realizar sessão de formação no serviço “A Segurança da Pessoa em Situação Crítica Vítima de Trauma: Intervenção Especializada do Enfermeiro no Handoff”.
3. Contribuir para a disseminação do conhecimento em enfermagem na área da pessoa em situação crítica.	○ Apresentar póster científico no 2º Encontro do Núcleo de Enfermeiros de Médico-Cirúrgica do CHTS; ○ Participar nas jornadas de reflexão do serviço de medicina intensiva do CHTS.

1. Desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e sua família

Nos primeiros turnos realizados neste contexto, foram partilhados os objetivos e atividades de estágio com o enfermeiro orientador, o que permitiu adaptar a temática às necessidades da equipa e do serviço.

Durante o estágio acompanhámos o enfermeiro orientador nas diferentes valências do SU, realizando a maioria dos turnos na sala de emergência, na área amarela

da especialidade médica e na área amarela/laranja da área cirúrgica ou trauma, o que beneficiou numa maior aprendizagem e desenvolvimento da temática na área da segurança do doente e no processo de *handoff*. A realização de turnos nestas áreas de intervenção proporcionou uma maior vigilância à PSC, a antecipação e identificação de focos de instabilidade, através do conhecimento teórico adquirido ao longo do mestrado, na área de suporte avançado de vida e de trauma, oferecendo contributos enquanto futura mestre e especialista em enfermagem na competência do cuidado da PSC a vivenciar processos complexos de doença crítica (ESEL, 2010; Regulamento nº 429/2018, 2018).

Houve a oportunidade de prestar cuidados à PSC, na sala de emergência, realizando uma avaliação física do doente segundo a metodologia ABCDE, que garante uma abordagem sistemática, rápida e completa da PSC e permite identificar situações de instabilidade e de risco de vida. Assim, definiram-se prioridades na continuidade de cuidados e na sistematização das intervenções especializadas de enfermagem a desenvolver, o que contribuiu para adquirir a competência promover a reposta em situação de emergência, exceção e catástrofe, enquanto futura mestre e especialista em enfermagem (ESEL, 2010; Regulamento nº 429/2018, 2018). Após avaliação física do doente e sempre que necessário, foi salvaguardado sempre o respeito e a dignidade da PSC, adquirindo a competência garantir práticas de cuidados de enfermagem que honrem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento nº140/2019, 2019).

A tomada de decisão, tendo como fundamento os princípios éticos, as normas legais e a deontologia profissional, suportou o processo de julgamento clínico na construção de estratégias e intervenções especializadas de enfermagem para resolver as situações que foram surgindo ao longo do estágio, como também, a reflexão dos processos de tomada de decisão e análise dos resultados, sempre em conjunto com o enfermeiro orientador e a equipa multidisciplinar, desenvolvendo competências no domínio da responsabilidade profissional ética e legal (Regulamento nº140/2019, 2019).

Na sala de emergência, foram prestados cuidados especializados de enfermagem a vários doentes com diferentes situações clínicas, a saber: paragem cardiorrespiratória, hipoglicémia severa, acidente vascular cerebral, edema agudo do pulmão, cetoacidose diabética, insuficiência respiratória, síndrome coronária, colocando em ação vários

conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do mestrado, como a identificação de situações de deterioração clínica e a estabilização de prioridades de intervenção. Também houve a oportunidade de colaborar no procedimento de entubação endotraqueal, na gestão da ventilação invasiva e não-invasiva, no procedimento de colocação de cateter venoso central, no procedimento de colocação de cateter arterial, na desfibrilhação com pás multifunções, na realização do procedimento de colonoscopia de urgência e no procedimento de colocação de um pacemaker externo na sala de hemodinâmica. Foram efetuados transportes intra-hospitalares da PSC para a sala de hemodinâmica, para cateterismo e colocação de pacemaker provisório, para o serviço de imagiologia, SMIP e UCI de Cardiologia.

O transporte da PSC careceu da mobilização de conhecimentos teóricos para a observação da PSC, a seleção dos recursos materiais e humanos necessários e o desenvolvimento de um raciocínio clínico para posterior transição de cuidados aos colegas do serviço recetor. Assim sendo, torna-se valioso a formação e a experiência profissional da equipa envolvida para promover e garantir a segurança durante o transporte da PSC (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008). O SU tem um conjunto de equipamentos a serem utilizados para o transporte da PSC, como o monitor/desfibrilhador, o ventilador de transporte, caso seja necessário, e uma mala de transporte onde inclui todo o material que poderá ser necessário em situações de emergência.

As várias situações experienciadas na sala de emergência beneficiaram a realização de um jornal de aprendizagem, onde foi dada a devida importância da segurança da PSC durante o *handoff*. A realização deste jornal de aprendizagem proporcionou a partilha de uma experiência e uma reflexão crítica sobre e para a ação, com o enfermeiro orientador e a professora orientadora.

Na sala de emergência, para além dos carros de apoio com material para a colheita de espécies, a administração de medicação, a colocação de dispositivos médicos, entre outros, também tem três caixas preparadas com o material necessário para o procedimento de colocação de cateter venoso central, cateter arterial e toracocentese. Cada caixa contém uma *check-list* de reposição/ verificação que facilita a sua reposição, como também a intervenção rápida na PSC. Em duas das três unidades, tem um carro preparado com todo o material necessário para o procedimento de entubação

endotraqueal, para uma rápida atuação na PSC. Colaborámos na verificação diária dos carros de apoio, dos carros do procedimento de entubação endotraqueal, dos ventiladores mecânicos invasivos e não invasivos, dos monitores/ desfibrilhadores e dos aspiradores, como também, a operacionalidade dos equipamentos.

Na sala de emergência, após a avaliação e estabilização da PSC, surge a importância, por parte do enfermeiro, da família ser parte integrante da PSC, especificamente em situações de urgência e emergência, para que seja estabelecido a relação de suporte afetivo e emocional da família à PSC (Leske et al., 2017). Por isso se torna importante a presença da família junto da PSC, para reduzir a ansiedade e o stress associado à situação e proporcionar uma melhor adaptação ao processo de transição saúde-doença, uma vez que a PSC apresenta uma passagem de uma condição saudável para uma situação de doença ou agravamento da sua condição de saúde (Meleis et al., 2000). O enfermeiro assume uma função facilitadora no processo de transição, com intervenções especializadas e centradas na PSC e sua família, com o intuito de experienciar de forma positiva essa transição (Meleis, 2010). No SU, existe uma norma que indica que cada doente pode estar acompanhado por um familiar, nos casos em que o próprio não esteja nas suas melhores capacidades cognitivas ou físicas. Na sala de emergência, o familiar poderá estar junto do doente, durante cinco minutos, e poderá permanecer durante mais tempo, se for benéfico para o doente e familiar.

Existiu sempre o cuidado, em articulação com o enfermeiro orientador, de promover e facilitar a entrada da família na sala de emergência ou na área correspondente ao doente, oferecendo apoio emocional, quando necessário, referir previamente a situação em que a PSC se encontrava e coordenar com a equipa multidisciplinar a transmissão de informações. No SU, “a todos é reconhecido e garantido o direito de acompanhamento por uma pessoa por si indicada” (Decreto-lei nº15/2014, 2014, p. 2129). O enfermeiro tem em consideração, na atualidade, o valor que a família tem para a promoção de um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual da PSC, embora a singularidade destes serviços pode não proporcionar esta ligação por impossibilidade dos recursos físicos. Desta forma, adquiriu-se competências ao nível da garantia de um ambiente seguro e terapêutico, da gestão da comunicação interpessoal e de uma relação terapêutica com a PSC e sua família, como também, na assistência à PSC

e sua família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica, enquanto futura enfermeira mestre e especialista (Regulamento nº140/2019, 2019).

Nas restantes valências do SU, como a triagem e a área laranja da especialidade médica, foram realizados poucos turnos. Contudo apoiou o desenvolvimento dos objetivos de estágio. Após observação médica nas diferentes valências, são prescritas atitudes interdependentes realizadas pelos enfermeiros, como por exemplo, colheita de espécimes para análise, entubação nasogástrica, cateterização vesical e administração de medicação. Nas diferentes valências do SU, verificou-se que existem dois carros de apoio em cada área, com material para a colheita de análises, a administração de medicação, a colocação de dispositivos médicos, entre outros.

Os métodos de trabalho de enfermagem no SU são diferentes e dependem do setor. Ao início, foi um desafio a adaptação aos dois diferentes métodos de trabalho uma vez que nas salas de enfermagem para atendimento ambulatorio é utilizado o método à tarefa, com o qual não estava familiarizada, e nas salas de observação o método individual.

Devido à grande extensão do serviço, houve inicialmente uma dificuldade na orientação de cada doente para as áreas que lhes correspondiam, o que foi ultrapassado de forma eficaz aquando do questionamento sobre a distribuição física das áreas e a intervenção de cada uma. A realização de turnos em horário *roulement* facilitou o reconhecimento das alterações que existe na afluência dos doentes ao SU e a alteração dos elementos distribuídos durante os vários turnos. O contacto com o doente no SU é curto e superficial e a afluência dos doentes, muitas vezes, excede abundantemente os recursos humanos disponíveis, assim como o espaço físico e os recursos tecnológicos existentes. Por isso, a identificação do doente e as suas necessidades foram um desafio, durante todo o estágio, foi necessário criar estratégias adaptativas, como ler sempre a pulseira do doente antes de realizar qualquer tipo de intervenção, para garantir a segurança do doente.

Um fator facilitador da integração ao SU foi o enfermeiro orientador do estágio, que demonstrou sempre disponibilidade na orientação contínua e que proporcionou um número elevado de oportunidades de vivências e partilha de experiências profissionais. O SU é um serviço muito dinâmico, o que foi importante a forma progressiva como a integração foi realizada, tendo existido alguns turnos de observação inicial em todas as

valências do SU. A integração na equipa multidisciplinar foi um desafio, o que condicionou inicialmente a interação e o trabalho com os restantes elementos da equipa multidisciplinar do serviço, como também o facto de ser difícil de gerir o lugar de estudante de mestrado em enfermagem com o de ser enfermeira, e encontrar um equilíbrio entre esses dois processos identitários.

No decorrer da prestação de cuidados houve sempre o cuidado em promover o conforto e bem-estar do doente, realizando uma gestão diferenciada da dor da PSC. A monitorização e caracterização da dor, o controlo da dor através de intervenções não-farmacológicas e farmacológicas, a reavaliação da dor e a transmissão da informação à equipa multidisciplinar, foram intervenções realizadas com o objetivo de gerir a dor na PSC. Os vários momentos de aprendizagem contribuíram para o processo de desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Também houve possibilidade de trabalhar com o sistema informático SClínico, ferramenta utilizada nas áreas de ambulatório e de observação, onde contém as informações médicas e de enfermagem, as prescrições terapêuticas e os procedimentos de enfermagem a realizar. Em articulação com esta plataforma estão outras plataformas informáticas que possibilitam visualizar os exames complementares de diagnóstico e a terapêutica realizada.

O reconhecimento do grau de gravidade das situações que requerem cuidados urgentes ou emergentes é fundamental para estabelecer prioridades a cada doente que recorre ao SU. Por isso, tive oportunidade de utilizar o Sistema de Triagem de *Manchester* para classificação de prioridades, previsto no Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, que recomenda que todos os SU, independentemente do nível de responsabilidade, usem um sistema de triagem de prioridades, principalmente o Sistema de Triagem de *Manchester*. Desta forma, consoante o problema identificado, pode ser atribuído a cor azul (não urgente), verde (pouco urgente), amarelo (urgente), laranja (muito urgente) ou vermelho (emergência). O doente, após a sua admissão no gabinete administrativo, independentemente da sua proveniência ou especialidade médica, é encaminhado para a realização da Triagem de *Manchester*, e depois é conduzido por um auxiliar da ação médica para a área que corresponde a pulseira. Quando é atribuído a cor da pulseira laranja com indicação de vigilância na sala de emergência, ou vermelha, através do

Sistema de Triagem de *Manchester*, o doente é encaminhado pelo enfermeiro da triagem até a sala de emergência. A utilização deste sistema possibilita atribuir prioridades a cada doente através de uma cor, sendo um método científico que utiliza nomenclatura comum, definições comuns, fluxogramas comuns, programa de formação e guia de auditoria. A utilização deste sistema exige que o enfermeiro tenha uma grande capacidade de juízo clínico e de gestão de prioridades, visto que permite gerir os cuidados, otimizar a resposta da equipa de enfermagem e articular com a equipa multidisciplinar. A experiência profissional, o conhecimento científico e a avaliação clínica do enfermeiro, através das questões que coloca, influencia diretamente o encaminhamento do doente que recorre ao SU.

Existiu a possibilidade de observar e gerir protocolos terapêuticos complexos existentes no serviço, nomeadamente, administração de ácido tranexâmico, cetoacidose diabética, normotermia pós-paragem cardiorrespiratória e a ativação das vias verdes de sépsis, trauma, coronária e acidente vascular cerebral. Como também, houve a possibilidade de prestar cuidados especializados de enfermagem em situações de ativação de via verde acidente vascular cerebral e via verde coronária permitindo experienciar todo o circuito pertencente a este sistema, compreendendo as suas vantagens. A pessoa com suspeita de acidente vascular cerebral, dependendo de há quanto tempo ocorreu, pode ser encaminhada da triagem para a sala de emergência ou para a área laranja da especialidade médica e, posteriormente, acompanhada pelo enfermeiro e médico até ao serviço de imagiologia. A pessoa com suspeita de síndrome coronário na área da triagem é prioritariamente encaminhada ao local de realização de eletrocardiograma ou para a sala de emergência, consoante a gravidade. Para a gestão dos protocolos terapêuticos complexos, houve a necessidade de recorrer à evidência científica e à legislação associada a cada uma das temáticas, sendo de salientar a identificação precoce, a antecipação de possíveis complicações e a aplicabilidade destes protocolos para se obter melhores resultados na PSC e sua família. Uma das competências do enfermeiro mestre e especialista em enfermagem à PSC é garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos (ESEL, 2010; Regulamento nº 429/2018, 2018).

No SU existe um plano de emergência e catástrofe, conferindo uma oportunidade de mobilizar os conhecimentos teóricos da parte curricular do curso do mestrado, para

analisar como se estrutura e organiza o plano de emergência, assim como a resposta provável perante estas situações, sendo da responsabilidade do enfermeiro mestre e especialista na área de especialização de PSC, a conceção do plano de emergência e catástrofe e a gestão dos cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe (ESEL, 2010; Regulamento nº 429/2018, 2018).

De modo a aprofundar as competências já adquiridas na área da gestão, foi possível realizar quatro turnos com o enfermeiro orientador na coordenação de área, o que deu a possibilidade de desenvolver atividades de gestão de recursos materiais, de gestão de vagas de internamento e de gestão de encaminhamento de cada doente para a realização de exames complementares de diagnóstico ou bloco operatório. A experiência na área da gestão, permitiu desenvolver um pensamento crítico, uma capacidade de organização e gestão de prioridades, como também aprender técnicas de comunicação, estilos de liderança e técnicas de gestão de conflitos. Assim, adquiriu-se competências na gestão dos cuidados de enfermagem, elaborando a resposta e a articulação da equipa multidisciplinar e no ajuste do estilo de liderança e da gestão dos recursos às situações necessárias (ESEL, 2010; Regulamento nº140/2019, 2019).

O SU reúne doentes particularmente vulneráveis num espaço físico com uma rotatividade e sobrelotação de doentes, que é favorável à transmissão de infeções, principalmente nas situações críticas de *life-saving*, não concedendo prioridade à prevenção e controlo da infeção (Yanagizawa et al., 2015). O enfermeiro tem uma importante função na redução das infeções associadas aos cuidados de saúde (Boev & Kiss, 2017). Durante o estágio, recorreu-se à consulta da norma de controlo de infeção do hospital, programa nacional de prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos e à norma sobre as precauções básicas do controlo de infeção (Despacho nº 10901/2022, 2022; Norma nº029/2012, 2012).

As práticas básicas de controlo de infeção estão integradas na abordagem ao doente e incluem a higiene das mãos, a etiqueta respiratória, a utilização de equipamento de proteção individual, a descontaminação de equipamento clínico, a prática segura na preparação e administração de injetáveis, a exposição a agentes microbianos no local de trabalho, entre outros (Norma nº029/2012, 2012). Estas medidas devem ser aplicadas por todos os profissionais de saúde nos cuidados a todos os doentes, independentemente do seu estado infeccioso (Norma nº029/2012, 2012). Durante o estágio, referiu-se a

relevância da utilização destas medidas junto da equipa multidisciplinar, explicando a importância da utilização do equipamento de proteção individual e da descontaminação de equipamento clínico (Norma nº029/2012, 2012). Na prestação de cuidados, foram cumpridos os procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos.

A complexidade da PSC na sala de emergência aumenta o risco de infeção pela necessidade de recorrer a múltiplas medidas invasivas de diagnóstico e terapêutica, como seja a colocação de acessos vasculares invasivos, dreno torácico, algaliação, entubação endotraqueal. As precauções baseadas na via de transmissão estão integradas nas práticas básicas de controlo de infeção e estas medidas precisam de ser colocadas em prática tendo como suporte a cadeia epidemiológica da infeção e as vias de transmissão dos agentes potencialmente infecciosos. No contexto de estágio, verificámos que o enfermeiro tem uma importante função na aplicação destas medidas pelos diferentes profissionais de saúde e familiares que estejam em contacto com o doente portador de determinada patologia ou agente potencialmente infeccioso. As medidas de isolamento subdividem-se em três tipos: o isolamento de via aérea ou de partículas, o isolamento de gotículas e o isolamento de contacto. No SU existem placas identificadoras do tipo de isolamento, sendo estas colocadas num local visível junto ao doente. Ao longo do estágio, houve o cuidado de identificar corretamente os tipos de isolamento, como também, alertar os diferentes profissionais de saúde e familiares para as medidas de proteção que deveriam utilizar. O enfermeiro com competências especializadas tem uma intervenção muito relevante na mudança de atitudes e na consciencialização de toda a equipa sobre a importância fundamental do controlo de infeção (Regulamento nº 429/2018, 2018).

Durante o estágio foram desenvolvidas várias capacidades de comunicação interpessoal junto da equipa, debatendo algumas temáticas, nomeadamente sobre as dotações seguras no SU, a prevenção e controlo de infeção, o transporte da PSC e o controlo da dor na PSC. Esta partilha informal revelou-se muito importante para o processo de aprendizagem despertando para outras temáticas, mas também para a equipa, sendo que conduziu a um *debriefing* sobre as práticas de enfermagem com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem no serviço.

2. Desenvolver competências especializadas de enfermagem na otimização do *handoff* da pessoa em situação crítica vítima de trauma

Neste contexto de estágio assistiu-se a várias transições de cuidados dentro da mesma equipa entre turnos, como também momentos de *handoff* na sala de emergência entre a equipa do atendimento do pré-hospitalar e o enfermeiro responsável pela sala de emergência. Também houve momentos de *handoff* entre o enfermeiro da sala de emergência e outros serviços, como o serviço de hemodinâmica, o SMIP, e a UCI de cardiologia, sendo que nenhum destes momentos de *handoff* foi de uma PSC vítima de trauma.

Nas salas de observação, na sala de decisão clínica, na sala de emergência, na sala de trauma e na estrutura modular realiza-se a transição de cuidados entre turnos com o apoio, por vezes, de um instrumento estruturado de transição de cuidados, segundo a metodologia ISBAR. Quando os doentes estavam internados no SU por falta de vagas nos serviços de internamento era utilizado, por vezes, um instrumento estruturado de transição de cuidados, segundo a metodologia ISBAR, diferente do anterior para a vigilância contínua dos doentes internados no SU. Na sala de emergência, verificou-se que existia um instrumento de transição de cuidados implementado na plataforma informática do SClínico para o transporte do doente crítico a nível inter-hospitalar com a possibilidade de impressão do documento. Este instrumento não era utilizado pela equipa, de uma forma geral.

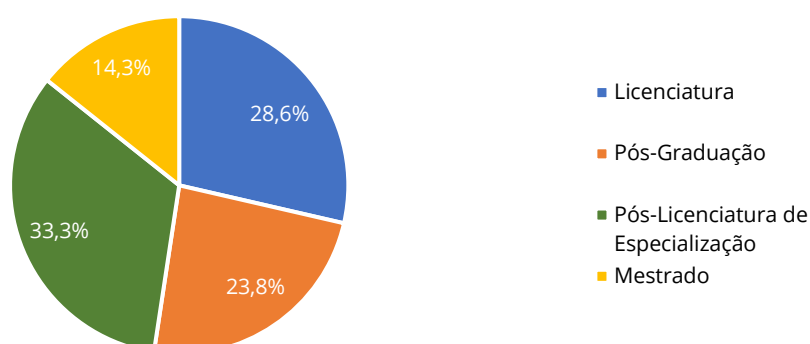
Tendo em conta que existiam três instrumentos de transição de cuidados no SU e que estes, por variadíssimas vezes, não eram utilizados, reconhecemos que era importante realizar um questionário de diagnóstico de situação. Assim, numa reunião com o enfermeiro gestor e o enfermeiro orientador, determinou-se ser essencial realizar um questionário de diagnóstico de situação para melhorar a segurança do doente e garantir a transmissão de informação importante do doente entre turnos, no transporte inter-hospitalar e no transporte intra-hospitalar. Em conjunto com a professora orientadora e o enfermeiro orientador, foi elaborado um questionário de diagnóstico de situação com o título: Questionário de Utilização do Formulário Transporte Doente Crítico na Transição de Cuidados da Pessoa em Situação Crítica (Apêndice IV), em que o preenchimento foi realizado online na plataforma *google forms*, com a finalidade de avaliar a perceção dos enfermeiros do SUMC na utilização do formulário de transporte

doente crítico na transição de cuidados da PSC. Este questionário foi implementado a todos os enfermeiros do SUMC, um grupo constituído por 103 enfermeiros. O questionário englobava quatro questões de caracterização da população e cinco questões sobre a temática em estudo. Foram garantidos o cumprimento dos direitos de confidencialidade e anonimato dos participantes. Dos 103 enfermeiros, responderam 21 enfermeiros (20%), sendo que destes, 71,4% são do género feminino e 28,6% são do género masculino, 61,9% detém a categoria de enfermeiro e 38,1% detém a categoria de enfermeiro especialista.

De acordo com o Gráfico 3, 28,6% dos enfermeiros tem como habilitação académica a licenciatura, 23,8% dos enfermeiros pós-graduação, a maior percentagem é de 33,3% dos enfermeiros com pós-licenciatura de especialização, sendo que 14,3% dos enfermeiros tem mestrado, com ou sem especialidade. Por fim, nenhum enfermeiro da amostra tem grau de doutoramento.

Gráfico 3

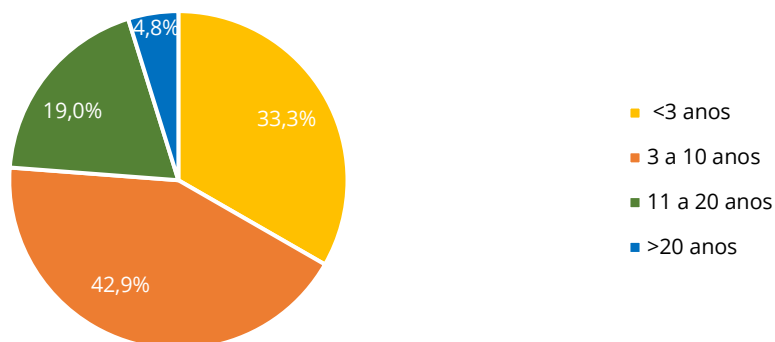
Caraterização dos enfermeiros relativamente as habilitações académicas



Conforme o Gráfico 4, verifica-se que 33,3% dos enfermeiros trabalham no SUMC há menos de três anos, 42,9% dos enfermeiros trabalham entre três e 10 anos no SUMC, 19% dos enfermeiros trabalham entre 11 e 20 anos no SUMC e 4,8% trabalham há mais de 20 anos no SUMC.

Gráfico 4

Caracterização dos enfermeiros relativamente a experiência profissional no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica



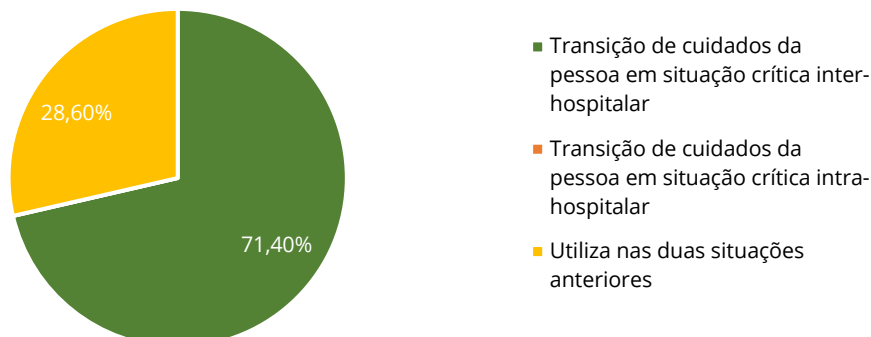
O questionário esteve disponível na plataforma online para ser preenchido entre 4 e 26 de janeiro de 2023, sendo que foram recolhidos para a plataforma Microsoft Office Excel. As cinco questões colocadas ao grupo foram: “Conhece a existência do Formulário Transporte Doente Crítico para realizar a transição de cuidados da pessoa em situação crítica?”; “Utiliza o Formulário Transporte Doente Crítico na transição de cuidados da pessoa em situação crítica?”; “Se colocou não utiliza, explique o porquê.”; “Em que situações utiliza o Formulário Doente Crítico?” e “Indique duas sugestões de melhoria necessárias a este formulário”.

Relativamente à primeira questão, cerca de 90,5% dos participantes respondeu que conhece a existência do formulário transporte doente crítico para realizar a transição de cuidados da PSC. Quanto à segunda questão, 63,2% referem que não utilizam o formulário transporte doente crítico na transição de cuidados da PSC. Tendo em conta a terceira questão em que tinha de explicar o porquê de não utilizar o formulário do doente crítico, dois participantes responderam por esquecimento, três participantes por falta de tempo, três participantes por não efetuarem transporte, três participantes referiram que não está operacional ou não existe indicação para a sua utilização e um participante refere que a documentação impressa do utente é o mesmo que o formulário do doente crítico. Em relação à quarta questão, 71,4% refere que utiliza o formulário de doente crítico na transição de cuidados da PSC inter-hospitalar, 28,6% utiliza o formulário de doente crítico na transição de cuidados da PSC tanto a nível inter-hospitalar, como a nível intra-hospitalar e nenhum enfermeiro utiliza o formulário de doente crítico só na

transição de cuidados da PSC intra-hospitalar, como se verifica no Gráfico 5.

Gráfico 5

Utilização do formulário de doente crítico na transição de cuidados da pessoa em situação crítica



No que se refere à última pergunta, os participantes referiram como sugestões de melhoria ao formulário: a disponibilidade do formulário numa aplicação em telemóvel/ suporte digital; o incentivo ao seu preenchimento; ser de preenchimento automático, migrando as vigilâncias e terapêutica da plataforma SClínico; a apresentação do formulário e indicação formal para a sua utilização; reuniões de consenso inter equipas e a realização de auditorias. Tendo em conta o resultado deste questionário de diagnóstico de situação, em consonância com a professora orientadora e o enfermeiro orientador, determinámos que era importante realizar uma formação à equipa sobre a segurança do doente, a comunicação no SU e a sistematização da comunicação no *handoff*. O recurso aos resultados da Revisão Integrativa da Literatura foi essencial para realizar a sessão de formação, tendo por base a mais recente evidência sobre a temática em questão.

Realizamos uma sessão de formação com o título “A Segurança da Pessoa em Situação Crítica Vítima de Trauma: Intervenção Especializada do Enfermeiro no Handoff” (Apêndice V) para todos os enfermeiros do SU, na reunião de serviço que é realizada mensalmente. A sessão de formação foi realizada no dia 27 de janeiro de 2023, às 14 horas, com a participação de 65 enfermeiros. A divulgação da formação foi realizada através de uma comunicação interna para a reunião de serviço do SU. Realizámos um plano de sessão de formação e uma apresentação em PowerPoint, que foi projetada no dia da formação, na sala de reunião do serviço e transmitida pela plataforma *Cisco Webex*, em modelo híbrido. O objetivo geral da sessão foi: contribuir para a promoção da

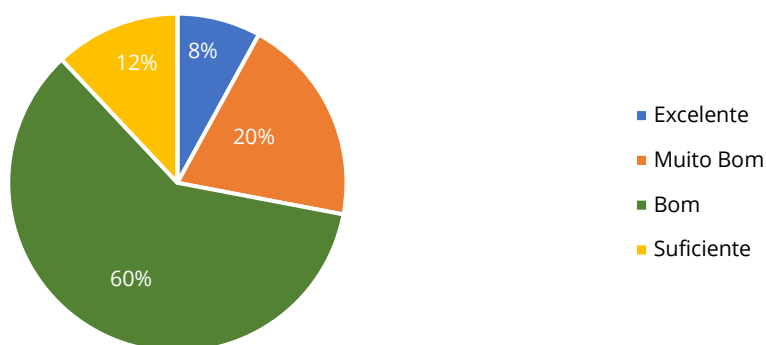
segurança da PSC vítima de trauma no *handoff*. Os objetivos específicos foram: reconhecer a importância da comunicação na transição de cuidados da PSC, divulgar o documento desenvolvido no serviço para a transição de cuidados da PSC e apresentar os resultados da aplicação do questionário diagnóstico do serviço. A apresentação consistiu na explanação da pertinência da temática e sua contextualização; da importância da segurança do doente; da importância da comunicação no SU; da importância da sistematização da comunicação no *handoff* e apresentação dos dados do questionário diagnóstico. Por fim, realizou-se uma síntese de ideias com espaço para discussão. O enfermeiro gestor, no final da sessão, incentivou a equipa a utilizar os três instrumentos estruturados de transição de cuidados de enfermagem.

No final da sessão de formação partilhou-se o questionário de avaliação da formação com o objetivo de avaliar a sessão de formação, melhorar o desempenho do formador e melhorar o conteúdo da formação. Obtivemos 25 respostas a este questionário de avaliação que esteve disponível na plataforma online para ser preenchido entre 27 e 30 de janeiro de 2023, cujos resultados foram recolhidos para a plataforma Microsoft Office Excel. As dez questões colocadas ao grupo foram: “A formação foi adequada às suas necessidades formativas?”; “A formação tem utilidade para a sua prática de cuidados de enfermagem?”; “Os conteúdos abordados foram apropriados aos objetivos estabelecidos?”; “A duração da formação foi adequada?”; “Os equipamentos didáticos foram adequados?”; “O horário da ação de formação foi adequado?”; “O formador foi esclarecedor nos conteúdos abordados?”; “O formador teve domínio sobre a temática abordada?”; “O método utilizado pelo formador foi apropriado?” e “Indique sugestões de melhoria para o formador/formação.”

Cerca de 12% dos participantes responderam suficiente, 60% responderam bom, 20% responderam muito bom e 8% responderam excelente à questão sobre se a formação foi adequada as suas necessidades formativas (Gráfico 6).

Gráfico 6

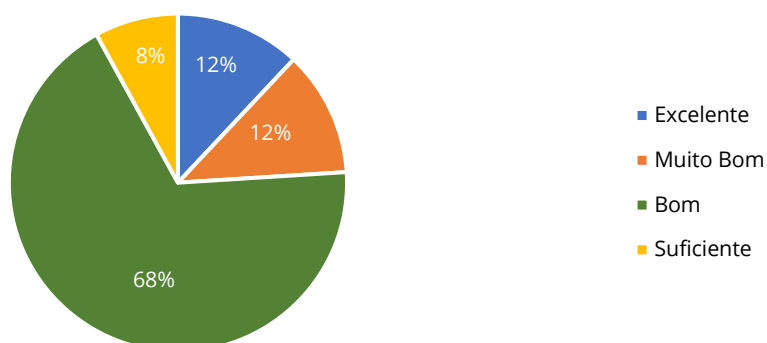
Respostas dos enfermeiros à questão: "A formação foi adequada às suas necessidades formativas?"



Cerca de 8% dos participantes responderam suficiente, 68% responderam bom, 12% responderam muito bom e 12% responderam excelente à questão sobre se a formação tem utilidade para a sua prática de cuidados de enfermagem, como se verifica no Gráfico 7.

Gráfico 7

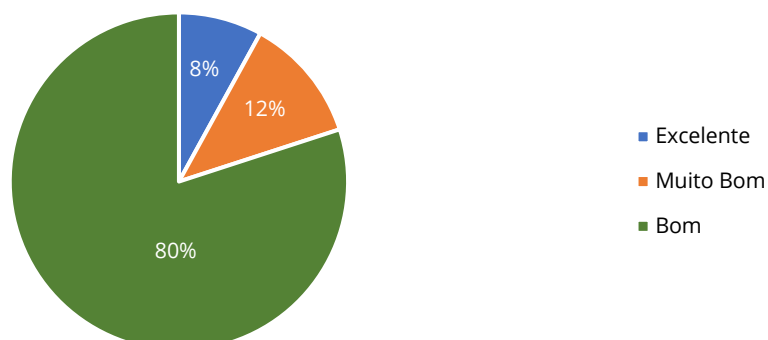
Respostas dos enfermeiros à questão: "A formação tem utilidade para a sua prática de cuidados de enfermagem?"



Cerca de 80% dos participantes responderam bom, 12% responderam muito bom e 8% responderam excelente à questão sobre se os conteúdos abordados foram apropriados aos objetivos estabelecidos, como se verifica no Gráfico 8.

Gráfico 8

Respostas dos enfermeiros à questão: “Os conteúdos abordados foram apropriados aos objetivos estabelecidos?”



Cerca de 96% dos participantes responderam muito bom e 8% responderam excelente quanto à duração da formação, 100% dos participantes responderam excelente sobre os equipamentos didáticos e 92% dos participantes responderam muito bom e 8% responderam excelente ao horário da ação de formação. Também, 88% dos participantes responderam muito bom e 12% responderam excelente sobre se o formador foi esclarecedor nos conteúdos abordados e se teve domínio sobre a temática abordada. Por fim, 84% dos participantes responderam muito bom e 16% responderam excelente ao método utilizado pelo formador. Nenhum participante referiu sugestões de melhoria para o formador/formação. A realização desta sessão de formação foi fundamental para o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais no domínio da melhoria contínua da qualidade e no desenvolvimento das aprendizagens profissionais, enquanto futura enfermeira mestre e especialista (Regulamento nº140/2019, 2019). O desempenho como formadora foi sustentado na evidência científica mais recente e foi realizado a divulgação de novos conhecimentos que contribuem para o desenvolvimento do autoconhecimento e da disciplina de enfermagem.

3. Contribuir para a disseminação do conhecimento em enfermagem na área da pessoa em situação crítica

Durante o contexto de estágio houve a oportunidade de participar em dois eventos científicos que valorizou o desenvolvimento do presente relatório de estágio na área em estudo. Participámos no 2º Encontro do Núcleo de Enfermeiros de Médico-

Cirúrgica do CHTS, realizado presencialmente, no dia 12 de dezembro de 2022 com a duração de 10 horas. O objetivo deste encontro foi o debate sobre temas atuais centrando na enfermagem médico-cirúrgica. Especificamente, centrou-se em temas como: o papel do enfermeiro especialista em médico-cirúrgica como investigador para o desenvolvimento de enfermagem como profissão e ciência; passado, presente e futuro da enfermagem médico-cirúrgica; pertinência da diferenciação na competência dos acessos venosos centrais/periféricos; da concepção à implementação: o contributo do enfermeiro especialista em médico-cirúrgico na gestão de projeto; o enfermeiro especialista em médico-cirúrgica como gestor de casos. Também, realizámos a apresentação de um póster intitulado “O enfermeiro na promoção da segurança no serviço de urgência: *handoff* da pessoa em situação crítica vítima de trauma” (Apêndice VI), o que se revelou numa aprendizagem importante, contribuindo para o conhecimento e desenvolvimento da disciplina de enfermagem.

Participámos nas jornadas de reflexão do SMIP do CHTS realizado em modelo híbrido, no dia 29 de dezembro de 2023 com duração de 10 horas (Anexo II). O principal objetivo destas jornadas foi a reflexão sobre a prática de enfermagem na promoção do bem-estar e segurança do doente crítico. Foram abordados vários temas, como: doente crítico – uma visão atual; segurança do doente; revolução tecnológica na saúde – paradigma da atualidade; projetos inovadores na construção de um futuro mais seguro. A participação nestes eventos possibilitou a atualização dos conhecimentos teóricos sobre temáticas relacionadas com a PSC.

Considerações Finais

O presente relatório de estágio demonstrou-se fundamental para o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências de enfermagem à PSC, respondendo às competências comuns e específicas do enfermeiro especialista e aos objetivos propostos pela ESEL para a obtenção de grau de mestre em enfermagem.

A “Segurança da Pessoa em Situação Crítica Vítima de Trauma: Intervenção Especializada do Enfermeiro no *Handoff*” foi a temática escolhida para ser desenvolvida ao longo do percurso de aquisição de competências especializadas à PSC. Esta temática, nos últimos anos, tem sido desenvolvida na área da enfermagem, apesar de ainda requerer o seu aprofundamento na prática clínica. A temática selecionada, ancorada na teoria das transições de *Afaf Meleis* (2000), poderá constituir-se como elementar na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

As unidades curriculares proporcionadas ao longo do curso de mestrado, os desenvolvimentos de um estudo de caso, de um jornal de aprendizagem e de uma Revisão Integrativa da Literatura, em vias de publicação, foram basilares para o percurso de desenvolvimento de competências como futura mestre e especialista em enfermagem. A partilha e debate entre pares e junto da comunidade científica, com apresentação de uma sessão de formação em serviço e de dois pósteres científicos, contribuíram para a disseminação do conhecimento nesta temática. Assim, substantificamos o desenvolvimento de competências de enfermagem com base na praxis clínica especializada em evidência científica, contribuindo para o desenvolvimento de práticas de qualidade e colaborando em programas de melhoria contínua, como também no desenvolvimento de uma prática, de acordo com as normas legais, os princípios éticos, a deontologia profissional e os direitos humanos (ESEL, 2010; Regulamento nº 429/2018, 2018; Regulamento nº140/2019, 2019).

Para responder aos subtítulos enunciados e aos objetivos colocados neste relatório de estágio, foram desenvolvidas competências na gestão de cuidados de enfermagem em articulação com a equipa multidisciplinar; na adaptação da liderança e gestão de recursos às situações e ao contexto; no desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade; na promoção de um ambiente terapêutico seguro e na atuação em situações de emergência, exceção e catástrofe (ESEL, 2010; Regulamento nº 429/2018, 2018; Regulamento nº140/2019, 2019). Os contextos de estágio possibilitaram a

solidificação de competências no cuidar da PSC e sua família, na vivência de processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica e na promoção de intervenções na prevenção e controlo de infeção e de resistências a antimicrobianos na presença da PSC (ESEL, 2010; Regulamento nº 429/2018, 2018; Regulamento nº140/2019, 2019). Este percurso de desenvolvimento de competências foi conseguido através da prestação de cuidados especializados de enfermagem, momentos de *debriefing* com os enfermeiros orientadores e a professora orientadora e, a participação em momentos formativos.

As limitações/ dificuldades sentidas foram, do ponto de vista pessoal, a difícil conciliação da vida profissional, pessoal e académica; do ponto de vista académico, o regresso ao lugar de estudante, a integração nos contextos clínicos, a reduzida experiência vivenciada na PSC vítima de trauma e o desenvolvimento de competências num contexto clínico pelo qual nunca tinha passado como estudante ou profissional, o que exigiu uma adaptação mais desafiadora a esse contexto.

Entre várias aprendizagens que existiram ao longo deste percurso, realçamos a melhoria da capacidade de trabalho em equipa, de organização, de gestão de equipa e de reflexão sobre a prática clínica. Outros pontos positivos foram a saída da zona de conforto para contactar com outras realidades e as várias experiências vividas ao longo dos estágios que deram contributos para melhorar a prática clínica como enfermeira na equipa onde estou inserida. A análise e a reflexão crítica sobre o conhecimento mobilizado para a prática promoveu o processo de desenvolvimento profissional do nível proficiente ao perito (Benner, 2001). Os enfermeiros orientadores e a professora orientadora foram pessoas facilitadoras para o desenvolvimento deste percurso académico, pela disponibilidade que demonstraram como também como uma fonte de motivação. As experiências vividas durante os dois contextos de estágio foram muito enriquecedoras tanto a nível pessoal, como a nível profissional e proporcionaram momentos de aprendizagem em várias vertentes, o que permitiu à aquisição de desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem à PSC.

Como implicações para a prática de enfermagem, consideramos que o relatório de estágio aqui apresentado, permitiu enaltecer a importância de intervenções especializadas de enfermagem na comunicação eficaz entre a equipa, na eficiente transmissão de informação no *handoff* da PSC, na promoção da segurança do doente e na redução dos eventos adversos associados.

O término deste percurso académico, abriu horizontes para continuar a disseminação de conhecimento, para desenvolver projetos futuros na promoção da segurança da PSC vítima de trauma no *handoff*, como também para integrar, futuramente, num programa de doutoramento em enfermagem e para contribuir com novos conhecimentos para a investigação em enfermagem.

Referências

- Abraham, J., Kannampallil, T., Patel, B., Almoosa, K., Patel, V. L., Medicine, A., & York, N. (2012). Ensuring patient safety in care transitions: An Empirical evaluation of a handoff intervention tool center for cognitive studies in medicine and public health. *American Medical Informatics Association Symposium*, 17–26.
- Advanced Trauma Life Support. (2018). *Advanced trauma life support - Manual do curso de aluno* (10th ed.). American College of Surgeons.
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2019). *Patient Safety Network: Glossary*. <https://psnet.ahrq.gov/glossary-0>
- Alarcão, I. (1996). *Formação reflexiva de professores, estratégias de supervisão*. (1st ed.). Porto Editora.
- Almeida, C. V., Moraes, L. K., & Brasil, V. V. (2020). *50 Técnicas de literacia em saúde na prática. Um guia para a saúde*. (1st ed.). Novas Edições Acadêmicas. <https://www.morebooks.de/store/es/book/50-técnicas-literacia-em-saúde-na%02prática/isbn/978-620-2-55882-2%0D>
- American Trauma Society. (2017). *Trauma registry course*. <https://www.amtrauma.org/page/TRC>
- Appelbaum, R., Martin, S., Tinkoff, G., Pascual, J. L., & Gandhi, R. R. (2021). Eastern association for the surgery of trauma – quality, patient safety, and outcomes committee - transitions of care: healthcare handoffs in trauma. *American Journal of Surgery*, 222(3), 521–528. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2021.01.034>
- Barbeito, A., V. Agarwala, A., & Lorinc, A. (2018). Handovers in perioperative care. *Anesthesiology Clinics*, 36(1), 87–98. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.anclin.2017.10.007>
- Barroso, F., Sales, L., & Ramos, S. (2021). *Guia prático para a segurança do doente* (1st ed.). Lidel.
- Benner, Kyriakidis, & Stannard. (2011). *Clinical wisdom an interventions in acute and critical care* (1st ed.). Springer publishing Company.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (1st ed.). Quarteto.
- Boev, C., & Kiss, E. (2017). Hospital-Acquired Infections. *Critical Care Nursing Clinics of*

- North America, 29(1), 51–65.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cnc.2016.09.012>
- Borges, L., & Brasileiro, M. (2018). Atuação do enfermeiro no atendimento ao paciente politraumatizado: Revisão bibliográfica. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo Do Conhecimento*, 2, 55–64.
<https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/paciente-politraumatizado>
- Brady, A.-M., Ennis, S., Prendergast, M., Quirke, M., Bhangu, J., Lynch, A., & Byrne, G. (2017). Workflow barriers out of hours: optimising critical care outreach to support clinical decision making in medical and surgical care settings. *International Journal of Integrated Care*, 17(5), 96. <https://doi.org/10.5334/ijic.3401>
- Burgess, A., van Diggele, C., Roberts, C., & Mellis, C. (2020). Teaching clinical handover with ISBAR. *BMC Medical Education*, 20(Suppl 2), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02285-0>
- Campbell, D., & Dontje, K. (2019). Implementing Bedside Handoff in the Emergency Department: A Practice Improvement Project. *Journal of Emergency Nursing*, 45(2), 149–154. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2018.09.007>
- Circular Normativa nº 07/DQS/DQCO. (2010). Organização dos cuidados hospitalares urgentes ao doente traumatizado. *Direção-Geral Da Saúde*, 1–26.
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-07dqsdqco-de-31032010.aspx>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2019). *Classificação internacional para a prática de enfermagem*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- CRICO. (2015). *Malpractice Risk in Communication Failures: 2015 Annual Benchmarking Report*.
- Decreto-Lei nº 65/2018. (2018). Graus académicos e diplomas do ensino superior. Presidência do conselho de ministros. *Diário Da República*, 1.ª Série (Nº 157 de 16 de Agosto de 2018), 4147–4182. <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/116068879/details/maximized>
- Decreto-lei nº15/2014. (2014). Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. *Diário Da República*, 1.ª Série (Nº 15 de 21 de Março de 2014), 57, 2128–2131. <https://dre.pt/home/>

/dre/571943/details/maximized

Despacho n.º 10319/2014. (2014). Reavaliação da rede nacional de emergência e urgência. Gabinete do secretário de estado adjunto do ministro da saúde. *Diário Da República*, 2.ª Série (Nº 153 de 11 de Agosto de 2014), 8174–8175. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>

Despacho n.º 18459/2006. (2006). Rede de referência hospitalar de urgência/emergência. Gabinete do ministro da saúde. *Diário Da República*, 2.ª Série (Nº 176 de 12 de Setembro de 2006), 2(176), 18611–18612. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/18459-2006-1518280>

Despacho n.º 5561/2014. (2014). Atualização do despacho nº 14898/2011 de 3 de novembro. *Diário Da Republica*, 2.ª Série (Nº 79 de 23 de Abril de 2014), 11123–11124. <https://dre.pt/application/conteudo/25696609>

Despacho n.º 9390/2021. (2021). Plano nacional da segurança dos doente 2021 - 2026. Gabinete do secretário de estado adjunto e da saúde. *Diário Da República*, 2ª Série (Nº 187 de 24 de Setembro de 2021), 96–103. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

Despacho n.º 9639/2018. (2018). Atualização da Circular Normativa n.º 15/DQS/DQCO, de 22 de junho de 2010. *Diário Da Republica*, 2.ª Série (Nº 198 de 15 de Outubro de 2018), 27533–27533. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9639-2018-116654166>

Despacho nº 10901/2022. (2022). Atualiza o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Anti- microbianos (PPCIRA). *Diário Da Republica*, 2.ª Série (Nº 174 de 8 de Setembro de 2022). <https://files.dre.pt/2s/2022/09/174000000/0009300099.pdf>

Despacho nº 4320/2013. (2013). Avaliação da situação nacional das Unidades de Cuidados Intensivos. *Diário Da República*, 2ª Série (Nº59 de 25 de Março de 2013). <https://dre.pt/dre/detalhe/aviso/4320-2013-2671340>

Direção-Geral da Saúde. (2011). Estrutura concetual da classificação internacional sobre segurança do doente. Relatório técnico final. *Direção-Geral Da Saúde*, 1–145. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70882/WHO_IER_PSP_2010.2_por.pdf;jsessionid=08D4175BCDDD38AF29761B67D6AB5472?sequence=4

Direção-Geral da Saúde. (2015). A Saúde dos portugueses - Perspetiva 2015. *Direcção-Geral Da Saúde*, 1–130. <https://www.ondp.pt/content/uploads/2017/12/dgs-saude->

portugueses-2015.pdf

- Direção-Geral da Saúde. (2017). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor. *Direção-Geral Da Saúde*, 26. https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-Programa_Nacional_para_a_Prevenção_e_Controlo_da_Dor_-_2017.pdf
- Direção-Geral de Saúde. (2017). Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos. *Direção-Geral de Saúde*, 1–24. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22532/1/Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos 2017.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22532/1/Programa_de_Prevenção_e_Controlo_de_Infeções_e_de_Resistência_aos_Antimicrobianos_2017.pdf)
- Dúason, S., Gunnarsson, B., & Svavarsdóttir, M. H. (2021). Patient handover between ambulance crew and healthcare professionals in Icelandic emergency departments: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 29(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s13049-021-00829-x>
- Eiras, M. (2017). *Comunicação e segurança do doente* (1st ed.). Associação Portuguesa Para o Desenvolvimento Hospitalar.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2010). *Objectivos e competências do CMEPSC N° NCE/09/01932* (p. 1). <http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/64523D0E-CBA6-4C1F-B38C-65E531525C4C/0/Objectivosecompetenciasportal.pdf>
- European Resuscitation Council. (2015). Recommendations for Advanced Life Support. *European Resuscitation Council*, 1–12.
- Ferrara, P., Terzoni, S., Davì, S., Bisesti, A., & Destrebecq, A. (2017). A tool for assessing the quality of nursing handovers: A validation study. *British Journal of Nursing*, 26(15), 882–887. <https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.15.882>
- Flin, R., Jackson, J., Sarac, C., & Raduma, M. (2009). Human factors in patient safety: Review of topics and tools. *Organização Mundial de Saúde*, 1–63. http://testing.chfg.org/resources/10_qrt01/WHO_PS_HF_Review.pdf%5Cnpapers2://publication/uuid/F0577618-98AD-404E-B25D-5AE105064009
- Flink, M., Tessma, M., Småstuen, M. C., Lindblad, M., Coleman, E. A., & Ekstedt, M. (2018). Measuring care transitions in Sweden: Validation of the care transitions measure. *International Journal for Quality in Health Care*, 30(4), 291–297. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy001>
- Gama, Z., & Saturno, P. (2017). A segurança do paciente inserida na gestão da qualidade dos serviços de saúde. In *Agência Nacional de Vigilância Sanitária* (pp. 29–40).

<https://doi.org/10.29327/139760.7-8>

- Godinho, N. (2023). Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referencias bibliográficas e citações: Norma APA. *ESEL - Centro de Documentação e Biblioteca*, 1-37.
- Grady, P. A., & Hinshaw, A. S. (2017). *Using nursing research to shape health policy* (1st ed.). Springer Publishing Company.
- Gundrosen, S., Thomassen, G., Wisborg, T., & Aadahl, P. (2018). Team talk and team decision processes: A qualitative discourse analytical approach to 10 real-life medical emergency team encounters. *British Medical Journal*, 8(11), 1-8. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023749>
- Haddeland, K., Marthinsen, G. N., Söderhamn, U., Flateland, S. M. T., & Moi, E. M. B. (2022). Experiences of using the ISBAR tool after an intervention: A focus group study among critical care nurses and anaesthesiologists. *Intensive and Critical Care Nursing*, 70. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103195>
- Handberg, C., & Voss, A. K. (2018). Implementing augmentative and alternative communication in critical care settings: Perspectives of healthcare professionals. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), 102-114. <https://doi.org/10.1111/jocn.13851>
- Hovenkamp, G. T., Olgers, T. J., Wortel, R. R., Noltes, M. E., Dercksen, B., & Ter Maaten, J. C. (2018). The satisfaction regarding handovers between ambulance and emergency department nurses: an observational study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 26(1), 78. <https://doi.org/10.1186/s13049-018-0545-7>
- Howick, J., Moscrop, A., & Mebius, A. (2018). Effects of empathic and positive communication in healthcare consultations: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 111(7), 240-252. <https://doi.org/10.1177/0141076818769477>
- Institute of Medicine. (2000). *To err is human: Building a safer health system* (1st ed.).
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2020). *Relatório anual de atividades e contas*.
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Plataforma de divulgação dos resultados provisórios - censos 2021*.
- Iwanow, L., Jaworski, M., Gotlib, J., & Panczyk, M. (2021). A model of factors determining nurses' attitudes towards learning communicative competences. *International*

- Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1–15.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18041544>
- Jamshidi, H., Jazani, R. K., Alibabaei, A., Alamdari, S., & Kalyani, M. N. (2019). Challenges of cooperation between the pre-hospital and in-hospital emergency services in the handover of victims of road traffic accidents: A qualitative study. *Investigacion y Educacion En Enfermeria*, 37(1). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v37n1e08>
- Johnson, M., Sanchez, P., & Zheng, C. (2015). The impact of an integrated nursing handover system on nurses' satisfaction and work practices. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 257–268. <https://doi.org/10.1111/jocn.13080>
- Kostiuk, M., & Burns, B. (2020). *Trauma assessment* (1st ed.). Stat Pearls.
- Lee, J. (2015). Effective communication for patient safety. *Journal of the Korean Medical Association*, 58(2), 100–104. <https://doi.org/10.5124/jkma.2015.58.2.100>
- Leske, J., McAndrew, S., Brasel, K., & Feetham, S. (2017). Family Presence during Resuscitation after Trauma. *Journal Trauma Nursing*, 24(2), 85–86. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000271>.
- Makary, M., & Daniel, M. (2016). Medical error-the third leading cause of death in the US. *British Medical Journal*, 353(2139). <https://doi.org/10.1136/bmj.i2139>
- Mattos, L. S., & Silvério, M. R. (2012). Avaliação do individuo vitima de politraumatismo pela equipe de enfermagem. *Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde*, 25(2), 182–191. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40823359008>
- Meleis, A. (2010). Transitions theory: Midle-range and situations-specific theories in nursing research and practise. In Springer Publishing Company (Ed.), *Foundations of Art Therapy Supervision: Creating Common Ground for Supervisees and Supervisors*. <https://doi.org/10.4324/9781315451176-5>
- Meleis, A., Sawyer, L. ., Im, E.-O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions : An emerging middle-range theory. *Advanced Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Mendes, A. P. (2015). *A informação à familia na unidade de cuidados intensivos- desalojar o desassossego que vive em si* (1st ed.). Lusodidacta.
- Merten, H., Van Galen, L. S., & Wagner, C. (2017). Safe handover. *British Medical Journal*, 359, 1–5. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4328>
- Ministério da Saúde, & Direção-Geral da Saúde. (2003). *Cuidados intensivos -*

- Recomendações para o seu desenvolvimento* (1st ed.). Direção-Geral da Saúde.
- Müller, M., Jürgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W. E., & Stock, S. (2018). Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: A systematic review. *British Medical Journal*, 8(8). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022202>
- Newton, M., Llewellyn, A., & Hayes, S. (2018). *The care process - Assessment, planning, implementation and evaluation in healthcare* (1st ed.). Lantern Publishing Ltd.
- Norma n.º 001/2017. (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. *Direção Geral Da Saúde*, 1–8. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/02/08/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/>
- Norma n.º 005/2018. (2020). Avaliação da cultura de segurança do doente nos hospitais. In *Direção-Geral de Saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2018/02/20/avaliacao-da-cultura-de-seguranca-do-doente-nos-hospitais/>
- Norma n.º 019/2015. (2015). Feixe de Intervenções de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. *Direção-Geral Da Saúde*, 1–12. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical/>
- Norma n.º 021/2015. (2015). Feixe de intervenções de prevenção de pneumonia associada à intubação. *Direção-Geral Da Saúde*, 1–13. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao/>
- Norma n.º 022/2015. (2015). Feixe de Intervenções de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. *Direção-Geral de Saúde*, 2015(002/2015), 1–26. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relacionada-com-cateter-venoso-central/>
- Norma n.º 029/2012. (2012). Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). *Direção Geral Da Saúde*, 1–4. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2012/12/28/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci/>
- Okafor, N., Mazzillo, J., Miller, S., Chambers, K. A., Yusuf, S., Garza-Miranda, V., & Chathampally, Y. (2017). Improved accuracy and quality of information during emergency department care transitions. *Western Journal of Emergency Medicine*, 18(3), 459–465. <https://doi.org/10.5811/westjem.2016.12.30858>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *REPE – Estatuto da ordem dos enfermeiros* (1st ed.).

Tadinense – Artes Gráficas.

- Ordem dos Médicos. (2009). *Normas de boa prática em trauma* (1st ed.). Ordem dos Médicos.
- Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos: recomendações*. (1ª ed.). Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.
- Organização Mundial de Saúde. (2004). *Guidelines for essential trauma care*. 23(1), 1–106. <https://doi.org/10.1097/00024382-200501000-00016>
- Organização Mundial de Saúde. (2012). Guidelines for trauma quality improvement programmes. *Academic Emergency Medicine*, 17(6), 1–147. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2010.00772.x>
- Organização Mundial de Saúde. (2020). *Patient safety incident reporting and learning systems: Technical report and guidance* (1st ed.). Organização Mundial de Saúde.
- Organização Mundial de Saúde. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm e health care* (1st ed.). Organização Mundial de Saúde. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>
- Paiva, J., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J., Vaz, J., & Coutinho, P. (2016). Rede de Referenciação de Medicina Intensiva. *Serviço Nacional de Saúde*, 1–87. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf>
- Parreira, J. G., Rondini, G. Z., Below, C., Tanaka, G. O., Pelluchi, J. N., Arantes-Perlingeiro, J., Soldá, S. C., & Assef, J. C. (2017). Relação entre o mecanismo de trauma e lesões diagnosticadas em vítimas de trauma fechado. *Revista Do Colegio Brasileiro de Cirurgioes*, 44(4), 340–347. <https://doi.org/10.1590/0100-69912017004007>
- Pokojová, R., & Bártlová, S. (2018). Effective communication and sharing information at clinical handovers. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 9(4), 947–955. <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2018.09.0028>
- Powell, M., Brown, D., Davis, C., Walsham, J., Calleja, P., Nielsen, S., & Mitchell, M. (2020). Handover practices of nurses transferring trauma patients from intensive care units to the ward: A multimethod observational study. *Australian Critical Care*, 33(6), 538–545. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.03.004>

- Regulamento n.º 533/2014. (2014). Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário Da República, 2.ª Série (Nº 233 de 2 de Dezembro de 2014)*, 30247–30255. http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento533_2014_NormaDotacoesSeguras.pdf
- Regulamento n.º 8977/2017. (2017). Aprovação da Comissão Nacional de Trauma. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. *Diário Da República, 2.ª Série (Nº 196 de 11 de Outubro de 2017)*, 23038–23041. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/8977-2017-108286678>
- Regulamento n.º 429/2018. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico -cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória. *Diário Da República, 2ª Série (Nº 135 de 16 de Julho de 2018)*, 19359–19370. <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos enfermeiros. *Diário Da República, 2ª Série (Nº 26 de 6 de Fevereiro de 2019)*, 4744–4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Reis, C., Martins, M., & Laguardia, J. (2013). A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura. *Ciência e Saúde Coletiva, 18(7)*, 2029–2036. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000700018>
- Rodríguez, G., Fernández, M., Vidal, F., Arias, M., Peña, M. S., Ayerdi, B., Andrés, E., Sellés, A., García, P. J., García, M., Merino de Cos, P., Gallego, J. M., Mateos, A., Álvarez, J., Gómez, P., & Delgado, M. C. (2018). Handover in intensive care. *Medicina Intensiva, 42(3)*, 168–179. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2017.12.002>
- Santos, M., Santos, L., Oliveira, G., & Miranda, L. (2018). Assistência de Enfermagem ao Paciente Crítico Adulto. *Assistência De Enfermagem Ao Paciente Crítico Adulto, 4(2)*, 11–22. <https://doi.org/10.24824/978854443357.7>
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda* (1st ed.). Lidel.
- Soar, J., Böttiger, B. W., Carli, P., Couper, K., Deakin, C. D., Djärv, T., Lott, C., Olasveengen, T., Paal, P., Pellis, T., Perkins, G. D., Sandroni, C., & Nolan, J. P. (2021). European

- Resuscitation Council Guidelines 2021: Adult advanced life support. *Resuscitation*, 161, 115–151. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.010>
- The Joint Commission. (2017a). Improving America's hospitals: the Joint commission's annual report on quality and safety. *The Joint Commission Resour*, 29, 3.
- The Joint Commission. (2017b). Inadequate hand-off communication. *Sentinel Event Alert: Inadequate Hand-off Communication*, 58, 1–6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28914519>
- Troyer, L., & Brady, W. (2020). Barriers to effective EMS to emergency department information transfer at patient handover: A systematic review. *American Journal of Emergency Medicine*, 38(7), 1494–1503. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.04.036>
- Yanagizawa, C., Drott, L., Kruland, L., & Schuur, J. (2015). Infection prevention practices in Swedish emergency departments: results from a cross – sectional survey. *European Journal of Emergency Medicine*, 22(5), 338–342. <https://doi.org/10.1097/MEJ.0000000000000159>

Anexos

Anexo I

**Certificado de participação 2º Congresso Internacional “O Cuidado Centrado
no Cliente e nos Padrões de Qualidade”**

Anexo I - Certificado de participação 2º Congresso Internacional “O Cuidado Centrado no Cliente e nos Padrões de Qualidade”



Anexo II

**Certificado de participação Jornadas de Reflexão do Serviço de Medicina
Intensiva do CHTS**

Anexo II - Certificado de participação Jornadas de Reflexão do Serviço de Medicina Intensiva do CHTS



CERTIFICADO

Certifica-se que **Eliana Patrícia Martins de Sousa**

participou nas **Jornadas de Reflexão do Serviço de Medicina Intensiva do CHTS, EPE**, que se realizaram no auditório do Serviço de Ensino Formação e Investigação no Hospital Padre Américo, no dia 29 de dezembro de 2022, com a carga horária de 8h00.

Penafiel, 30 de dezembro de 2022

O CONSELHO DA ADMINISTRAÇÃO

José Ribeiro, Enf.

(Enfermeiro Diretor)

Unidade Formativa Acreditada pelo Despacho n.º 13019/98 (2.ª Série), de 29 de julho, da Ministra da Saúde
Av. Hospital Padre Américo n.º 210 | 4564-007 GUILHUFÉ - PENAFIEL | T: 255 147 257 | F: 255 714 575 |
E: sefi@chts.min-saude.pt | NIPC - NIF: 508 318 262

Apêndices

Apêndice I
Ferramenta estruturada de transição de cuidados de enfermagem

Apêndice I - Ferramenta estruturada de transição de cuidados de enfermagem

CAMA X_ALA X	SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA POLIVALENTE		
	TRANSIÇÃO DE CUIDADOS		
IDENTIFICAÇÃO	NOME COMPLETO		
	DATA DE NASCIMENTO (idade)		
SITUAÇÃO ATUAL	ADMISSÃO (proveniência/ data/ hora)		
	MOTIVO de ADMISSÃO (história da doença atual)		
	MCDT's (realizados/ por realizar/ data)		
B ANAMNESE	ANTECEDENTES CLÍNICOS (níveis de dependência/ alergias/ terapêutica medicamentosa habitual)		
AVALIAÇÃO	EVENTOS no SMIP (SAV/ cirurgia urgente/ técnicas invasivas realizadas/ data)		
	VENTILAÇÃO	Modo Ventilatório/ FIO2/ FR/ PA/ PEEP	
		SatO2 (PO2/PCo2/ Rácio)	
		TET/ Traqueostomia (nº/ nível/ Pcuff/ data de colocação/ re-intubação)	
		Tórax (expansão/ simetria/ enfisema)	
		Secreções TET/ CO	
		Tosse	
	HEMODINÂMICA (Fármacos de urgência)	FC (perfusão antiarrítmicos)	
		TA (perfusão de aminos/ anti hipertensores/ fluidos extras)	
		Temperatura (antipirético)	
	ESTADO NEUROLÓGICO	SCG/ RASS/ CAM-ICU/ ACVDNI/ NISS	
		BIS/ TOF/ INVOS/ PIC/ ANI	
		Pupilas (diâmetro/ simetria/ reatividade)	
		Sedação/ Curarização	
		Funcionamento Motor (força muscular/ Restrição de atividade física)	
		Dor (valor da escala numérica/ Fáceis/ BPS/ analgesia/ cateter epidural/ data)	
	CATETERISMOS (localização/ data/ penso)		
	ALIMENTAÇÃO Oral/ Entérica/ NPT (progressão/ tolerância)		
	SNG (estase - volume/ características/ data/ calibre/ tipo)		
	GLICEMIA (protocolo insulina)		
	DRENOS (data/ localização/ volume/ características)		
	DIURESE (volume/ características/ diuréticos)		
	SV (data/ calibre/ tipo)		
	Alterações iônicas (Ph; K+; Ca2+; Na)		
	TSR	Técnica	Início as ____h ____m ____s
		Débito Sangue	ml/min
		Dose Citrato	mmol/L
		Débito Dialisante	ml/h
		Débito Substituição	ml/h
		Dose Cálcio	mmol/L
		UF	ml/h
		Aquecimento Circuito	
		Controle Hipocoagulação	
		BALANÇO HÍDRICO	
	PESO		
	TEGUMENTOS (características: pele/ mucosas/ edemas/ hematomas)		
	FERIDAS/UP (características das feridas/ UP; data de realização dos pensos/ tratamento).		
	PERFUSÃO PERIFÉRICA (pulsos/ preenchimento capilar)		
	PERDA SANGÜÍNEA (hemoglobina)		
	ABDÔMEN (características)		
	DEJEÇÕES (características/ toque retal/ presença de flatos/ fármacos/ data da última dejeção)		
	SONO		
	INFECÇÃO (ATB/ microrganismo/ parâmetros inflamatórios/ isolamento)		
	FAMÍLIA		
	RECOMENDAÇÃO	PLANO CONTINUIDADE DE CUIDADOS (reabilitação; assistente social)	
	OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES	Colheita de espécimes (tipo/ data)	
		Hemoderivados (tipo/ data/ reserva)	

Apêndice II

Questionário de avaliação da ferramenta de transição de cuidados de enfermagem

Apêndice II - Questionário de avaliação da ferramenta de transição de cuidados de enfermagem

Pré-teste: Folha de Transição de Cuidados no SMIP

No âmbito do meu estágio com relatório com o tema: A segurança da pessoa em situação crítica vítima de trauma: intervenção especializada do enfermeiro no Handoff, pretendo ter a vossa opinião sobre a implementação da folha de transição de cuidados no SMIP.

Muito obrigada!

Eliana Sousa (Mestranda do Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica)



*Obrigatório

Quais os pontos positivos da implementação da Folha de Transição de Cuidados no SMIP? *

A sua resposta

Quais os pontos menos positivos da implementação da Folha de Transição de Cuidados no SMIP? *

A sua resposta

Quais os pontos a melhorar na Folha de Transição de Cuidados? *

A sua resposta

Enviar

Limpar formulário

Apêndice III

Póster apresentado no Webinar “A evidência científica na intervenção clínica”

Apêndice III - Póster apresentado no Webinar “A evidência científica na intervenção clínica”

A SEGURANÇA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA VÍTIMA DE TRAUMA NO HANDOFF: COMO PROMOVER?

Eliana Sousa¹; Carla Nascimento²

¹Enfermeira, Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, Mestranda no Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização Pessoa em Situação Crítica

²Professora Adjunta, Departamento Médico-Cirúrgico/Adulto e Idoso, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Doutora em Educação

Departamento de Enfermagem Médico-
-Cirúrgica / Adulto e Idoso - ESEL:
A evidência científica na intervenção clínica

WEBINAR 10 de Novembro de 2022
16-21 horas
(fuso horário - Lisboa, Portugal)



INTRODUÇÃO

Nas organizações de saúde existe um aumento das transmissões de informação, pelo fracionamento dos sistemas de saúde, que conduz a uma maior ocorrência de falhas de comunicação durante o *handoff* (transição de cuidados), tendo implicações na segurança do doente.

A complexidade dos doentes possibilita a falhas na transmissão de informação, que traz implicações na condição clínica e no tratamento da pessoa em situação crítica, principalmente na vítima de trauma. O trauma é considerado uma das maiores causas de mortalidade em todo o mundo.

O enfermeiro possui competências que o tornam um elemento importante na promoção da segurança no *handoff* da pessoa em situação crítica vítima de trauma, sendo premente identificar quais as intervenções de enfermagem que contribuem para a mesma.

OBJETIVO

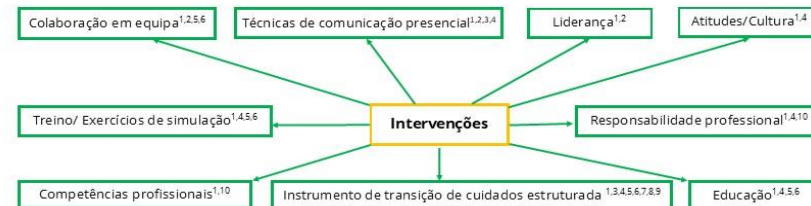
Identificar as intervenções de enfermagem promotoras da segurança no *handoff* da pessoa em situação crítica vítima de trauma.

METODOLOGIA

- ⇒ Pesquisa preliminar para identificar os estudos relevantes deste tema e a existência de revisões publicadas sobre o tema proposto, comprovando-se a inexistência das mesmas.
- ⇒ Pesquisa nas bases de dados MEDLINE e CINAHL para identificar os termos mais apropriados de pesquisa e uma segunda pesquisa nas restantes bases de dados da plataforma EBSCOHost.
- ⇒ Questão de investigação para esta revisão integrativa da literatura, a partir da estratégia PICO: “Qual a intervenção do enfermeiro no *handoff* (Intervenção) da pessoa em situação crítica vítima de trauma (População) para a promoção da segurança (Outcome)?”
- ⇒ Critérios de inclusão:
 - Estudos quantitativos, qualitativos e mistos;
 - Artigos com texto integral disponível;
 - Artigos em Português, Inglês e espanhol;
 - Publicados de Jan. 2017 - Out. 2022;
 - População com idade superior a 18 anos;
 - Intervenções de enfermagem realizadas no *handoff* da pessoa em situação crítica vítima de trauma;
 - Artigos que incluam a segurança do doente.

RESULTADOS

Total: 235 artigos selecionados | Artigos incluídos para análise: 10 artigos



Discussão

O *handoff* é visto como uma forma de trabalho em equipa, onde a responsabilidade profissional pela pessoa em situação crítica, os instrumentos de transição de cuidados e o respeito por todos os elementos da equipa são tidos como fatores importantes para aumentar a segurança do paciente¹.

A utilização de instrumentos de transição de cuidados durante o *handoff* evita omissões de informação, erros na transmissão de informação e falta de precisão da informação transmitida^{4,8,9}. No entanto, o uso deste instrumento por si só não mantém nem melhora a qualidade dos cuidados de enfermagem nem garante a segurança do paciente⁵.

Um estudo demonstrou que o treino e o exercício de simulações de *handoff* tem impacto significativo em comparação com outras estratégias de aprendizagem na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde⁵.

Para reduzir as interrupções durante o *handoff*, um estudo implementou duas fases distintas de transferência: uma fase de preparação (onde é realizada a transmissão de informação de uma equipa para outra) e a fase 'sem intervenção' para realizar a transferência da pessoa³.

Conclusão

A vítima de trauma, durante a permanência hospitalar, experimenta vários processos *handoffs*. A utilização de um instrumento estruturado, o treino da equipa multidisciplinar, a colaboração em equipa, os estilos de liderança, a utilização de técnicas de comunicação presencial, entre outros, são essenciais para reduzir eventos adversos e, assim, aumentar a segurança do doente.

Palavras-Chave: Enfermagem; Comunicação; Segurança; Revisão

Referências



CERTIFICADO

Certifica-se que Eliana Sousa e Carla Nascimento são autoras do Poster intitulado **A Segurança da Pessoa em Situação Crítica Vítima de Trauma no Handoff: Como Promover?** apresentado no Webinar do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso - ESEL: A evidência na intervenção clínica, que se realizou no dia 10 de novembro de 2022.

A Coordenadora do Gabinete de
Formação e Desenvolvimento Profissional da ESEL

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento

Apêndice IV

**Questionário de utilização do Formulário Transporte Doente Crítico na
transição de cuidados da pessoa em situação crítica**

Apêndice IV - Questionário de utilização do Formulário Transporte Doente Crítico na transição de cuidados da pessoa em situação crítica



Questionário de Utilização do Formulário Transporte Doente Crítico na Transição de Cuidados da Pessoa em Situação Crítica

No âmbito do meu Curso de Mestrado Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, e de forma a obter a sua opinião sobre a utilização do Formulário Transporte Doente Crítico na transição de cuidados da pessoa em situação crítica, solicito a sua colaboração para o preenchimento deste questionário. O tempo utilizado para o seu preenchimento será apenas de dois minutos. Os dados que irão ser recolhidos servem apenas o propósito indicado, garantindo-se o anonimato e a confidencialidade dos mesmos.

Muito Obrigada!

Eliana Sousa

***Obrigatório**



Consentimento informado - Declaro ter lido e compreendido os objetivos deste questionário. Considera-se informado e aceita participar neste presente questionário?

☐ Sim

☐ Não

Questões

1. Género *

☐ Feminino

☐ Masculino

2. Categoria Profissional

☐ Enfermeiro

☐ Enfermeiro Especialista

☐ Enfermeiro Gestor

3. Habilitações Académicas *

☐ Licenciatura

☐ Pós-Graduação

☐ Pós-licenciatura de Especialização

☐ Mestrado

☐ Doutoramento

4. Há quanto tempo trabalha no Serviço de Urgência? *

☐ < 3 Anos

☐ 3-10 Anos

☐ 11-20 Anos

☐ > 20 anos

5. Conhece a existência do Formulário Transporte Doente Crítico para realizar a transição de cuidados da pessoa em situação crítica? *

☐ Sim

☐ Não

6. Utiliza o Formulário Transporte Doente Crítico na transição de cuidados da pessoa em situação crítica ? *

☐ Sim

☐ Não

6.1. Se colocou não utiliza, explique o porquê. *

A sua resposta

6.2. Em que situações utiliza o Formulário Doente Crítico?

☐ Transição de cuidados da pessoa em situação crítica inter-hospitalar

☐ Transição de cuidados da pessoa em situação crítica intra-hospitalar

☐ Utiliza nas duas situações anteriores

7. Indique duas sugestões de melhoria necessárias a este formulário. *

A sua resposta

Anterior

Enviar

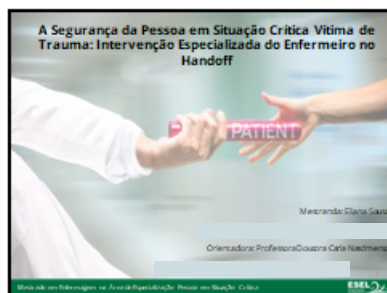
Limpar formulário

Apêndice V

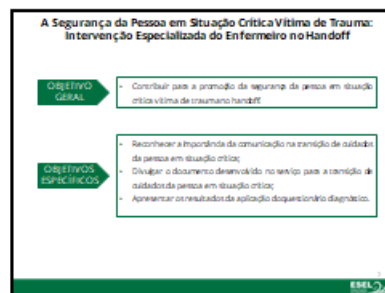
**Formação “A Segurança da Pessoa em Situação Crítica Vítima de Trauma:
Intervenção Especializada do Enfermeiro no Handoff”**

Apêndice V - Formação “A Segurança da Pessoa em Situação Crítica Vítima de Trauma: Intervenção Especializada do Enfermeiro no Handoff”

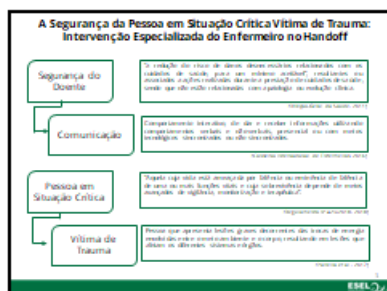
PLANO DE SESSÃO				
<u>Tema:</u> A Segurança da Pessoa em Situação Crítica Vítima de Trauma: Intervenção Especializada do Enfermeiro no Handoff				
<u>Formador:</u> Eliana Sousa				
<u>População-alvo:</u> 70 Enfermeiros do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC)				
<u>Local:</u> SUMC/ Plataforma online Webex				
<u>Data/Hora:</u> 27 de janeiro de 2023 14horas				
<u>Duração prevista:</u> 30 minutos				
<u>Objetivo geral:</u> - Contribuir para a promoção da segurança da pessoa em situação crítica vítima de trauma no <i>handoff</i>				
<u>Objetivos específicos:</u> - Reconhecer a importância da comunicação na transição de cuidados da pessoa em situação crítica; - Divulgar o documento desenvolvido no serviço para a transição de cuidados da pessoa em situação crítica; - Apresentar os resultados da aplicação do questionário diagnóstico do serviço;				
SUMÁRIO DA SESSÃO				
	<u>Conteúdos</u>	<u>Metodologia</u>	<u>Equipamentos/ Meios didáticos</u>	<u>Tempo</u>
Introdução	- Identificação da formadora; - Apresentação do objetivos; - Apresentação da temática e sua pertinência.	Expositiva	Computador; Apresentação PowerPoint.	5 min
Desenvolvimento	- Contextualização da temática; - A importância da segurança do doente; - A importância da comunicação no serviço de urgência; - A importância da sistematização da comunicação no <i>handoff</i> ; - Apresentação dos dados do questionário diagnóstico aplicado.	Expositiva	Computador; Apresentação PowerPoint.	15 min
Considerações finais	- Resumo de ideias; - Espaço de debate e reflexão.	Expositiva Interativa	Computador; Apresentação PowerPoint.	5 min
Avaliação	- Preenchimento do questionário de satisfação.		Questionário.	5 min



1



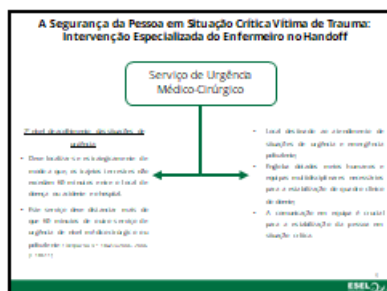
2



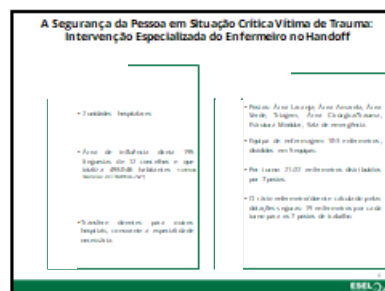
3



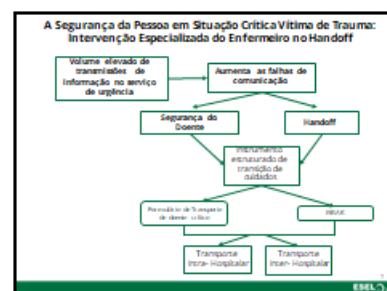
4



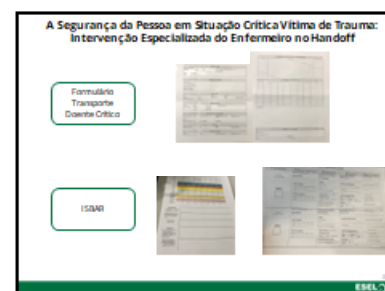
5



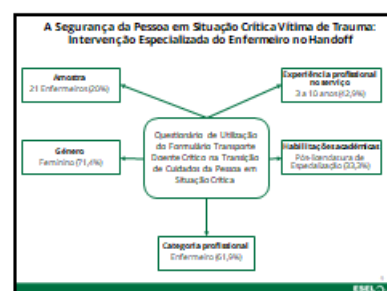
6



7



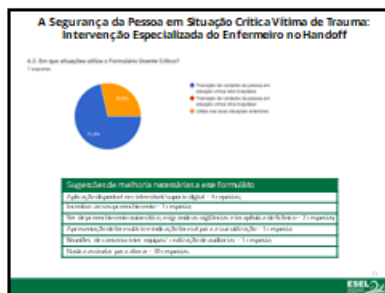
8



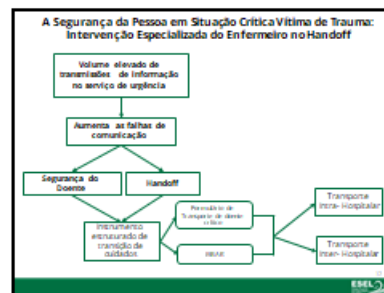
9



10



11



12

A Segurança da Pessoa em Situação Crítica Víctima de Trauma: Intervenção Especializada do Enfermeiro no Handoff

REFERÊNCIAS

- 1. Conselho Nacional de Enfermeiros (CONEP). Classificação Internacional para a prática de enfermagem. Brasília: Conselho Nacional de Enfermeiros; 2010.
- 2. Departamento de Saúde (DS). Relatório de avaliação de qualidade de serviços de saúde. Brasília: Departamento de Saúde; 2010.
- 3. Departamento de Saúde (DS). Relatório de avaliação de qualidade de serviços de saúde. Brasília: Departamento de Saúde; 2010.
- 4. Departamento de Saúde (DS). Relatório de avaliação de qualidade de serviços de saúde. Brasília: Departamento de Saúde; 2010.
- 5. Departamento de Saúde (DS). Relatório de avaliação de qualidade de serviços de saúde. Brasília: Departamento de Saúde; 2010.
- 6. Departamento de Saúde (DS). Relatório de avaliação de qualidade de serviços de saúde. Brasília: Departamento de Saúde; 2010.
- 7. Departamento de Saúde (DS). Relatório de avaliação de qualidade de serviços de saúde. Brasília: Departamento de Saúde; 2010.
- 8. Departamento de Saúde (DS). Relatório de avaliação de qualidade de serviços de saúde. Brasília: Departamento de Saúde; 2010.
- 9. Departamento de Saúde (DS). Relatório de avaliação de qualidade de serviços de saúde. Brasília: Departamento de Saúde; 2010.
- 10. Departamento de Saúde (DS). Relatório de avaliação de qualidade de serviços de saúde. Brasília: Departamento de Saúde; 2010.

13

A Segurança da Pessoa em Situação Crítica Víctima de Trauma: Intervenção Especializada do Enfermeiro no Handoff

REFERÊNCIAS

- 1. Conselho Nacional de Enfermeiros (CONEP). Classificação Internacional para a prática de enfermagem. Brasília: Conselho Nacional de Enfermeiros; 2010.
- 2. Departamento de Saúde (DS). Relatório de avaliação de qualidade de serviços de saúde. Brasília: Departamento de Saúde; 2010.
- 3. Departamento de Saúde (DS). Relatório de avaliação de qualidade de serviços de saúde. Brasília: Departamento de Saúde; 2010.
- 4. Departamento de Saúde (DS). Relatório de avaliação de qualidade de serviços de saúde. Brasília: Departamento de Saúde; 2010.
- 5. Departamento de Saúde (DS). Relatório de avaliação de qualidade de serviços de saúde. Brasília: Departamento de Saúde; 2010.
- 6. Departamento de Saúde (DS). Relatório de avaliação de qualidade de serviços de saúde. Brasília: Departamento de Saúde; 2010.
- 7. Departamento de Saúde (DS). Relatório de avaliação de qualidade de serviços de saúde. Brasília: Departamento de Saúde; 2010.
- 8. Departamento de Saúde (DS). Relatório de avaliação de qualidade de serviços de saúde. Brasília: Departamento de Saúde; 2010.
- 9. Departamento de Saúde (DS). Relatório de avaliação de qualidade de serviços de saúde. Brasília: Departamento de Saúde; 2010.
- 10. Departamento de Saúde (DS). Relatório de avaliação de qualidade de serviços de saúde. Brasília: Departamento de Saúde; 2010.

14



15



16

Avaliação da Sessão de Formação "A Segurança da Pessoa em Situação Crítica Vítima de Trauma: Intervenção Especializada do Enfermeiro no Handoff"

Este questionário tem o objetivo de avaliar a sessão de formação com a finalidade de melhorar o desempenho do formador e do conteúdo da formação.

*Obrigatório

1. Avaliação do plano da ação de formação

1.1 A formação foi adequada às suas necessidades formativas? *

- ☐ Insuficiente
- ☐ Suficiente
- ☐ Bom
- ☐ Muito Bom
- ☐ Excelente

1.2 A formação tem utilidade para a sua prática de cuidados de enfermagem? *

- ☐ Insuficiente
- ☐ Suficiente
- ☐ Bom
- ☐ Muito Bom
- ☐ Excelente

1.3 Os conteúdos abordados foram apropriados aos objetivos estabelecidos? *

- ☐ Insuficiente
- ☐ Suficiente
- ☐ Bom
- ☐ Muito Bom
- ☐ Excelente

2. Desenvolvimento da ação de formação

2.1 Os equipamentos didáticos foram adequados? *

- ☐ Insuficiente
- ☐ Suficiente
- ☐ Bom
- ☐ Muito Bom
- ☐ Excelente

2.2 O horário da ação de formação foi adequado? *

- ☐ Insuficiente
- ☐ Suficiente
- ☐ Bom
- ☐ Muito Bom
- ☐ Excelente

3. Desempenho do formador

3.1 O formador foi esclarecedor nos conteúdos abordados? *

- ☐ Insuficiente
- ☐ Suficiente
- ☐ Bom
- ☐ Muito Bom
- ☐ Excelente

3.2 O formador teve domínio sobre a temática abordada? *

- ☐ Insuficiente
- ☐ Suficiente
- ☐ Bom
- ☐ Muito Bom
- ☐ Excelente

3.3 O método utilizado pelo formador foi apropriado? *

- ☐ Insuficiente
- ☐ Suficiente
- ☐ Bom
- ☐ Muito Bom
- ☐ Excelente

4. Indique sugestões de melhoria para o formador/formação.

A sua resposta

5. Indique 2 ideias chave da formação.

A sua resposta

Obrigada pela colaboração!

Enviar

Limpar formulário

Apêndice VI

**Póster apresentado no 2º Encontro do Núcleo de Enfermeiros de Médico-
Cirúrgica do CHTS**

Apêndice VI - Póster apresentado no 2º Encontro do Núcleo de Enfermeiros de Médico-Cirúrgica do CHTS

2º Encontro do Núcleo
de Enfermeiros de
Médico-Cirúrgica do
CHTS

O ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DA SEGURANÇA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: HANDOFF DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA VÍTIMA DE TRAUMA

Eliana Sousa¹; Carla Nascimento²

¹Enfermeira, Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, Mestrando no Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

²Professora Adjunta, Departamento Médico-Cirúrgica/Adulto e Idoso, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Doutorada em Educação



INTRODUÇÃO

Nas organizações de saúde atuais, existe um aumento da transmissão de informação que conduz a uma maior ocorrência de falhas de comunicação durante a transição de cuidados (*handoff*), fragilizando a segurança do doente¹.

Os serviços de urgência são ambientes onde existe a necessidade de uma gestão rápida e eficaz, onde os processos de transição de cuidados de saúde são complexos e propensos a erros. Tal acarreta implicações na condição clínica da pessoa em situação crítica, principalmente na vítima de trauma, sendo o trauma uma das maiores causas de mortalidade em todo o mundo².

O enfermeiro possui competências que o tornam um elemento importante na promoção da segurança no *handoff* da pessoa em situação crítica vítima de trauma, sendo premente identificar quais as intervenções de enfermagem no serviço de urgência.

METODOLOGIA

⇒ Pesquisa nas bases de dados MEDLINE e CINAHL e restantes bases de dados da plataforma EBSCOHost.

⇒ Questão de investigação: "Qual a intervenção do enfermeiro no *handoff* (Intervenção) da pessoa em situação crítica vítima de trauma (População) para a promoção da segurança (Outcome) no serviço de urgência (Contexto)?"

⇒ Critérios de inclusão:

- Estudos quantitativos, qualitativos e mistos;
- Artigos com texto integral disponível;
- Artigos em Português, Inglês e Espanhol;
- Publicados de Jan 2017 - Out 2022;
- População com idade superior a 18 anos;
- Intervenções de enfermagem realizadas no *handoff* da pessoa em situação crítica vítima de trauma;
- Artigos que incluam a segurança do doente.

DISCUSSÃO

O *handoff* é visto como uma forma de trabalho em equipa, sendo a responsabilidade profissional pela pessoa em situação crítica, os instrumentos de transição de cuidados, a formação e o respeito por todos os elementos fatores importantes para aumentar a segurança do paciente³.

A utilização de instrumentos de transição de cuidados durante o *handoff* evita omissões de informação, erros na transmissão de informação e falta de precisão da informação transmitida^{1,2}.

O treino e o exercício de simulações de *handoff* tem impacto significativo em comparação com outras estratégias de aprendizagem na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde^{2,5}.

Barreiras que afetam negativamente o processo de *handoff*^{3,5}

• Desinteresse da equipa recetora; • Fatores ambientais; • Perda ou repetição de informação;	• Questões tecnológicas; • Gestão de tempo; • Falta de motivação da equipa.
--	---

OBJETIVO

Identificar as intervenções de enfermagem que promovam a segurança no *handoff* da pessoa em situação crítica vítima de trauma no serviço de urgência.

RESULTADOS

Intervenções

- Liderança²
- Competências profissionais^{2,4}
- Responsabilidade profissional^{2,4}
- Técnicas de comunicação presencial²
- Formação^{2,5}
- Cultura de Feedback²
- Colaboração em equipa^{2,5}
- Instrumento de transição de cuidados estruturado^{1,2,5}
- Transição de cuidados junto ao doente⁵
- Treino/ Exercícios de simulação^{2,5}

CONCLUSÃO

A utilização de instrumentos de transição de cuidados e o treino/ exercício de simulações de *handoff* têm impacto significativo na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. Considera-se que a limitação deste estudo poderá ser a exclusão de artigos relevantes por ter como critério de inclusão somente artigos publicados em inglês, português e espanhol.

Palavras-Chave: Enfermagem; Comunicação; Segurança

REFERÊNCIAS



**COMEMORAÇÃO DO DIA INTERNACIONAL
DA COBERTURA UNIVERSAL EM SAÚDE**

**2.º ENCONTRO DO NÚCLEO
DE ENFERMEIROS DE
MÉDICO-CIRÚRGICA DO CHTS**

**12 dezembro 2022
08:00 | Auditório
Associação Empresarial de Penafiel**



CERTIFICADO

Certifica-se que

O E-Poster "ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DA SEGURANÇA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: HANDOFF DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA VÍTIMA DE TRAUMA" da autoria de **Eliana Sousa, Carla Nascimento**, foi apresentado por **Eliana Sousa**, na "Comemoração do Dia Internacional da Cobertura Universal em Saúde - 2º Encontro do Núcleo de Enfermeiros de Médico-Cirúrgica" do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, que se realizou no auditório da Associação Empresarial de Penafiel, no dia 12 de dezembro de 2022.



Evento Técnico-científico "Comemoração do Dia Internacional da Cobertura Universal em Saúde - 2º Encontro do Núcleo de Enfermeiros de Médico-Cirúrgica do CHTS".

realizado pelo Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE - Serviço de Ensino, Formação e Investigação está acreditado pela Ordem dos Enfermeiros, para efeitos de Qualificação Profissional, com a atribuição de 0,40 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP).

Penafiel, 12 de dezembro de 2022

O CONSELHO DA ADMINISTRAÇÃO

Ent. José Ribeiro

(Enfermeiro Diretor)

Unidade Formativa Acreditada pelo Despacho n.º 13019/98 (2.ª Série), de 29 de julho, da Ministra da Saúde
Av. Hospital Padre Américo n.º 210 | 4564-007 GUILHUFÉ - PENAFIEL | T: 255 147 257 | F: 255 714 575 |
E: sefi@chts.min-saude.pt | NIPC - NIF: 508 318 262

