



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

**A comunicação da equipa de cuidados na promoção da
segurança da pessoa em situação crítica**

Paula Cristina Aguiar Oliveira



**Lisboa
2023**



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

**A comunicação da equipa de cuidados na promoção da
segurança da pessoa em situação crítica**

Paula Cristina Aguiar Oliveira



Orientadora: Professora Joana Moreira Ferreira Teixeira



**Lisboa
2023**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

AGRADECIMENTOS

À Professora Joana Teixeira pela orientação e acompanhamento que me dedicou ao longo deste percurso, pelas palavras de incentivo essenciais para a concretização deste relatório.

À minha Chefe, pelas palavras de incentivo ao longo deste percurso.

À minha família por ter sofrido com a minha ausência presente ao longo deste tempo.

Aos meus amigos pelo carinho e apoio incondicional.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ATCN - Advanced Trauma Care for Nurses

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BPS - Behavioral Pain Scale

CVC - Cateter Venoso Central

ECMO - Extracorporeal Membrane Oxygenation

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ISBAR - Identify, Situation, Background, Assessment and Recommendation

NAS - Nursing Activities Score

PAI - Pneumonia Associada à Intubação

PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PSC - Pessoa em Situação Crítica

RASS - Richmond Agitation-Sedation Scale

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RIL - Revisão Integrativa da Literatura

SAV - Suporte Avançado de Vida

SDRA - Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda

SO - Serviço de Observação

SU - Serviço de Urgência

TC - Tomografia Computorizada

TISS - Therapeutic Intervention Scoring System

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

VMI - Ventilação Mecânica Invasiva

RESUMO

A segurança do doente é um aspeto central na prática clínica e um elemento crucial na garantia de sistemas de saúde eficientes. A prestação de cuidados de saúde reveste-se cada vez mais de grande complexidade e elevada imprevisibilidade, propensos à ocorrência de incidentes que podem significar resultados negativos com danos para o doente e profissionais, assim como, no desempenho e credibilidade das instituições.

A comunicação desempenha um desafio em saúde, sendo que as falhas na comunicação representam a etiologia de 70% dos eventos adversos na transferência de informação entre a equipa de cuidados. Os processos de comunicação nos serviços de urgência e cuidados intensivos são complexos e dinâmicos, caracterizados pelo alto fluxo de informações, entre equipas multiprofissionais, associada a uma vasta necessidade de cuidados da pessoa/família, parte integrante da equipa de cuidados. Por isso, a comunicação entre os profissionais, doente/família, ou seja, a equipa de cuidados, é prioritária. A comunicação eficaz nos momentos de transição de cuidados, assente numa abordagem estruturada, facilita o desenvolvimento de boas práticas e sustenta a tomada de decisão para uma prestação de cuidados segura e de qualidade.

Atendendo à promoção da segurança da pessoa em situação crítica, a intervenção especializada do enfermeiro compreende a promoção de uma comunicação eficaz na equipa, reduzindo desta forma a ocorrência de erros e eventos adversos, intervindo atempadamente na prevenção de complicações e aumentando a satisfação da pessoa e da família, tal como demonstra o documento dos padrões de qualidade da Ordem dos Enfermeiros. Esta visão encontra-se sustentada nas teorias de enfermagem: *Conceptual System and The Theory of Goal Attainment* e *Vigilance: the essence of Nursing*.

O desenvolvimento desta temática constituiu uma estratégia para o desenvolvimento de competências de mestre e especialista na área da pessoa em situação crítica, tendo por base o modelo de Dreyfus de aquisição de competências, adaptado por Benner para a prática de enfermagem. Foram assim realizados dois estágios – serviço de urgência e cuidados intensivos - onde foi possível desenvolver várias atividades que possibilitaram o desenvolvimento dessas competências.

Palavras-chave: pessoa em situação crítica; equipa de cuidados, comunicação eficaz; segurança; transição de cuidados.

ABSTRACT

Patient safety is a central aspect of clinical practice and a crucial element in ensuring efficient health systems. The provision of health care is increasingly complex and unpredictable, prone to the occurrence of incidents that can mean negative outcomes with damage to the patient and professionals, as well as in the performance and credibility of institutions.

Communication plays a challenge in healthcare, with communication failures representing the etiology of 70% of adverse events in the transfer of information between the care team. Communication processes in emergency and intensive care services are complex and dynamic, characterized by a high flow of information, between multiprofessional teams, associated with a vast need of care of the person/family, an integral part of the care team. Therefore, communication between professionals, patient/family, and the care team, is a priority. Effective communication at times of transition of care, based on a structured approach, facilitates the development of good practices, and supports decision making for safe and quality care. Taking into account the promotion of the safety of critically ill patients, the nurse's specialized intervention includes the promotion of an effective communication within the team, thus reducing the occurrence of errors and adverse events, intervening in a timely manner to prevent complications and also to increasing the patient and family's satisfaction, as shown in the Ordem dos Enfermeiros quality standards document. This view is based on two nursing theories: Conceptual System and The Theory of Goal Attainment and Vigilance: the essence of Nursing.

The development of this theme was a strategy for the development of master and specialized nursing skills in critical care, based on the Dreyfus model of skill acquisition adapted for nursing practice. Thus, two internships - emergency and intensive care units - were conducted, where it was possible to develop several activities that enabled the development of these competencies.

Keywords: critically ill patients; care team; effective communication; safety; transition of care.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	17
PARTE I - A COMUNICAÇÃO DA EQUIPA E A SEGURANÇA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	23
1.1. Cuidar da pessoa em situação crítica e família durante a transição de cuidados	23
1.2. Contributos de uma comunicação eficaz para uma transição segura de cuidados	35
PARTE II - PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	39
2.1. Serviço de Urgência.....	40
2.2. Unidade de Cuidados Intensivos	55
CONCLUSÃO	71
REFERÊNCIAS	75

APÊNDICES

Apêndice I - Protocolo da Revisão Integrativa da Literatura

Apêndice II - Cronograma de atividades executadas

Apêndice III - Objetivos específicos para o desenvolvimento de competências no Serviço de Urgência

Apêndice IV - Plano de sessão: Comunicação eficaz na transição de cuidados

Apêndice V - Questionário de avaliação da formação: inquérito de satisfação

Apêndice VI - Relatório da avaliação da formação

Apêndice VII - Objetivos específicos para o desenvolvimento de competências na Unidade Cuidados Intensivos

ANEXOS

Anexo I - Declaração de publicação da RIL

Anexo II – Certificado de participação no curso ATCN

Anexo III - Certificado de participação no congresso em Urgência e Emergência

Anexo IV - Certificado de participação na formação – Gestão do Risco e Segurança do doente

Anexo V – Certificado de participação nas Jornadas em Cuidados Intensivos

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Mapa concetual norteador para o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências.....	34
--	----

INTRODUÇÃO

Este documento constitui-se como elemento facilitador da análise do meu percurso, no âmbito da Unidade Curricular (UC) de Estágio com Relatório, integrada no plano de estudos do 3º semestre do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

A finalidade de todo o mestrado visou o desenvolvimento de competências especializadas na prestação de cuidados de qualidade à pessoa e família que experienciam situações críticas de saúde-doença (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2022).

Este percurso académico englobou a elaboração de um projeto, com definição de objetivos, atividades e estratégias que possibilitassem alcançar as competências de mestre (Decreto- Lei 65/2018, 2018; Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010, 2019), bem como, o desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, 2019) e também as especializadas em Enfermagem na área da pessoa em situação crítica (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

O processo de desenvolvimento de competências teve como base o modelo de Dreyfus de aquisição de competências, adaptado por Benner (2005) para a prática de enfermagem, em que nos remete para a importância da experiência em articulação com o conhecimento científico no desenvolvimento e aquisição de competências percorrendo os cinco níveis de mestria: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. O enfermeiro perito possui uma enorme experiência, compreende de forma intuitiva cada situação, deteta rapidamente o problema sem se perder num leque de soluções e diagnósticos. Os enfermeiros peritos agem a partir de uma compreensão profunda da situação global, através de um desempenho fluido, complexo e eficaz (Benner, 2005). Considero que este modelo serviu de suporte ao meu crescimento pessoal e profissional, no desenvolvimento de competências para uma prática de enfermagem avançada, compatível com o perfil de enfermeiro mestre e especialista na área de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica (PSC) (Decreto- Lei 65/2018, 2018; Regulamento n.º 429/2018, 2018).

O tema selecionado para o percurso de desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem foi - A comunicação da equipa de cuidados na promoção da segurança da pessoa em situação crítica-. A escolha desta temática teve por base

motivações e necessidades profissionais, mas também pessoais, relacionadas com a reflexão relativa à prestação de cuidados individual e de equipa neste âmbito. A comunicação é uma área de grande relevância para a intervenção dos enfermeiros na sua prática, enquanto prestadores de cuidados, mas também uma das preocupações a nível nacional, em que se constitui como o terceiro objetivo estratégico do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, sendo considerada como essencial ao longo de todo o ciclo de cuidados, com particular destaque nos momentos de transição, assumindo extrema importância na continuidade de cuidados e na garantia da segurança em saúde (Despacho n.º 9390/2021, 2021; Olino et al., 2019; Santos et al., 2011; Sequeira, 2016).

A segurança da pessoa é definida como a ausência de lesões acidentais, sendo um dos pilares básicos que se reflete na qualidade dos cuidados em enfermagem, cujo objetivo é prevenir a ocorrência de danos não intencionais, que poderão levar à morte ou invalidez (Doran, 2011; Fragata, 2012; World Health Organization, 2021). A segurança da pessoa é da responsabilidade de todos os profissionais de saúde, no entanto, os enfermeiros desempenham um papel central no desenvolvimento de cuidados promotores da segurança, uma vez que gerem muitos dos fatores ambientais, asseguram a continuidade dos cuidados, articulam a sua atividade com os diversos profissionais e prestam a maior parte dos cuidados diretos ao doente, assumindo um papel integrador/coordenador de cuidados (Benner et al., 2002). De igual forma, ocupam um lugar privilegiado na deteção atempada de falhas e complicações e são frequentemente a última barreira na prevenção de incidentes de segurança para ocorrência de eventos adversos (Benner et al., 2010; Meyer & Lavin, 2005; Regulamento n.º 361/2015, 2015).

A PSC é aquela que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, tem a sua sobrevivência dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica (Benner et al., 2011; Ponce & Mendes, 2015), sendo que a mesma, habitualmente encontra-se inserida numa família, a qual se define por um grupo de seres humanos, vistos como uma unidade social ou um todo coletivo, composta por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, indo para além da sua relação sanguínea de parentesco, relação

emocional ou legal, incluindo pessoas significativas para o doente (Figueiredo, 2012; International Council of Nurses, 2019a).

Face à complexidade dos processos de comunicação nos contextos de saúde, especialmente no serviço de urgência (SU) e unidade de cuidados intensivos (UCI), o cuidado à PSC e família envolve equipas multidisciplinares, com necessidade de cuidados complexos, em que há vinculação e transmissão de informação constante, dada a necessidade de ação imediata pelo risco de vida da PSC, aumentando assim o risco de eventos adversos decorrentes de falhas de comunicação (Eppich, 2015; Mannion & Braithwaite, 2017). A nível internacional, as falhas de comunicação entre os profissionais são das principais causas de eventos adversos na saúde. Cerca de 70% desses eventos ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde durante os momentos de transição de cuidados do doente, falhas essas relacionadas com as omissões e erros nas informações transmitidas, falta de precisão e priorização das atividades a desenvolver (World Health Organization, 2021).

A transição de cuidados é considerada um momento de grande vulnerabilidade para a segurança da PSC e família, reveste-se de alto risco, uma vez que se caracteriza por ocasiões de grande exigência no que diz respeito à manutenção da comunicação eficaz entre os profissionais de saúde. Consiste na transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre profissionais, que tem por objetivo a continuidade e segurança dos mesmos. Os momentos mais vulneráveis da transição de cuidados para a segurança do doente são as admissões e altas hospitalares para o domicílio ou para outro nível de cuidados e as mudanças de turno na mesma instituição (Figueiredo et al., 2020; Lopes et al., 2021; Norma n.º 001/2017, 2017; Sousa et al., 2019). No processo de comunicação, a PSC e família devem ser consideradas como parte integrante e central da equipa de cuidados, uma vez que têm informações valiosas, são a parte mais vulnerável do processo, mas também são os intervenientes constantes em todo o processo de saúde-doença, desempenhando um papel fundamental na garantia da continuidade dos cuidados, assim com na segurança dos mesmos (Joint Commission International, 2018; Santos & Grilo, 2021). Desta forma, é fundamental a envolvência da perspetiva da pessoa-alvo de cuidados e sua família (Lopes et al., 2021; Sousa et al., 2019).

Neste seguimento, os referenciais teóricos de Enfermagem que sustentam o enquadramento deste relatório e a minha visão sobre o cuidar da PSC e família nesta área, são a Estrutura dos Sistemas de Interação e Teoria da Consecução de Objetivos (Friend & Sieloff, 2020; Killeen & King, 2007; King, 1981; Mulvey, 1984) e a Teoria da Vigilância de Meyer & Lavin (2005). A primeira, porque a comunicação entre os sistemas de interação é fundamental para que ocorra uma interação eficaz entre os intervenientes no processo do cuidar para a consecução de objetivos, em que os enfermeiros são centrais na transmissão de informação dentro da equipa, ainda que cada profissional deva ser responsável por transmitir informação clara e exata ao outro, de modo a planificar os cuidados necessários a cada pessoa/família. A segunda, na perspetiva da essência do cuidar em enfermagem, em que a vigilância é apontada como uma estratégia na prevenção e identificação atempada do erro, prevenindo eventos adversos (Ajri-Khameslou et al., 2021; Henneman et al., 2012; Meyer & Lavin, 2005). A vigilância e monitorização contínua da PSC e prevenção de complicações é fundamental, e implica detetar e determinar mudanças significativas no seu estado, antecipando a deterioração e as suas necessidades, pela compreensão dos sinais e comportamentos, para depois definir as estratégias de tratamento adequadas e em tempo útil. O enfermeiro deve estar motivado para um estado de atenção e vigilância para a ação face ao inesperado, sendo fundamental a rápida e correta tomada de decisão, que pode muitas vezes implicar uma alteração face ao planeado, no momento de transição de cuidados (Benner, 2005; Meyer & Lavin, 2005; Tanner, 2006).

Este trabalho pretende assim demonstrar o percurso desenvolvido ao longo do mestrado, tendo como objetivos gerais:

- desenvolver competências especializadas de enfermagem na abordagem à PSC em contexto de SU e UCI;
- desenvolver competências especializadas de enfermagem na comunicação na equipa de cuidados durante a transição de cuidados.

Relativamente à estrutura do trabalho, este está organizado em dois capítulos: o primeiro destina-se a uma revisão de literatura sobre o tema em estudo, baseado na elaboração de uma revisão integrativa da literatura (RIL) e sustentado pelos referenciais teóricos referidos anteriormente; o segundo capítulo reflete o percurso de

desenvolvimento de competências especializadas desenvolvido, terminando com as conclusões e referências bibliográficas.

O trabalho segue o guia orientador de trabalhos escritos definido pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2023) e a referenciação bibliográfica está elaborada de acordo com a norma da American Psychological Association 7ª edição (American Psychological Association, 2021).

PARTE I - A COMUNICAÇÃO DA EQUIPA E A SEGURANÇA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Este capítulo reflete a evidência científica relativamente à temática em estudo e as teorias que enquadram o cuidar do enfermeiro especializado em enfermagem à PSC, nesta área específica, encontrando-se estruturado em dois subcapítulos. O primeiro visa a clarificação dos conceitos centrais da temática, a problemática da comunicação e segurança em saúde como aspetos fundamentais no cuidar da PSC na transição de cuidados, assim como as teorias de enfermagem subjacentes ao cuidar nesta área. No segundo subcapítulo, e no sentido de enriquecer e sistematizar a evidencia científica existente, apresentam-se os principais resultados obtidos através da elaboração de uma RIL que visou responder à pergunta - Quais as estratégias de comunicação (I) para uma transição segura de cuidados (O) à pessoa em situação crítica (P)? -, cujo protocolo é apresentado em apêndice (Apêndice I).

1.1. Cuidar da pessoa em situação crítica e família durante a transição de cuidados

A comunicação e a segurança em saúde são aspetos fundamentais para garantir o bem-estar dos doentes e família e a qualidade dos serviços de saúde (Caldas & Gomes, 2021; Ramos et al., 2021).

A comunicação é uma forma de sobrevivência, uma arte que ninguém pode abdicar, pois passamos a maioria do tempo da nossa vida, em relação com outras pessoas. Pode assim dizer-se que a comunicação está presente a nível intelectual, emocional e comportamental, faz parte da base estruturante da sociedade, permitindo estabelecer relações intra e interpessoais e garantindo a evolução da vida humana (Rodrigues et al., 2016).

Quando falamos em comunicação, referimo-nos à informação, participação, transmissão, mas também à convivência e ligação, em que os propósitos gerais são: informar, recrear, persuadir e atuar. Também pode ser entendida como um processo dinâmico, complexo, permanente, inevitável e universal, através do qual os seres humanos emitem e recebem mensagens, com a finalidade de compreenderem e serem compreendidos pelos outros. Através deste processo, é possível uma adaptação ao

ambiente, bem como modificá-lo, construindo uma realidade social (Nunes, 2010; Sequeira, 2016).

A comunicação é essencial nas profissões relacionadas com a saúde, pois estas devem ter por base a excelência na relação com o outro, pela necessidade de compreender o outro e de este nos compreender, o que implica uma interação constante com doentes, famílias, cuidadores, equipa de saúde a diferentes níveis hierárquicos da instituição, com profissionais de outros serviços e outras instituições (Killeen & King, 2007; Rodrigues et al., 2016; Sequeira, 2016).

Neste sentido entende-se a comunicação como, uma interação entre uma ou mais pessoas, sendo que a mesma consiste em dar e receber informações através de comportamentos verbais ou não verbais, face a face ou recorrendo a meios tecnológicos sincronizados ou não (International Council of Nurses, 2019b; Killeen & King, 2007; Locsin, 2001).

A comunicação é parte integrante do plano de intervenção em saúde, pelo que é impossível cuidar de alguém sem comunicar. Comunicar com o doente só é possível se ele for parte integrante e ativa no processo, isto é, quando o processo está centrado no doente e não na sua patologia ou no profissional de saúde. É importante trabalhar em parceria com os doentes e família, para melhorar a sua experiência quando recorrem aos serviços de saúde para alcançarem melhores resultados (Santos & Grilo, 2021; Sequeira & Pinho, 2016).

Comunicar, seja de forma verbal ou não verbal, atendendo ao facto de que a PSC poder estar transitoriamente impossibilitada de comunicar, como acontece frequentemente nas UCI e SU, fundamental, a implementação de estratégias de comunicação alternativas pelos enfermeiros, ou seja, que no fundo desenvolvam competências referentes ao conhecimento e correta utilização da comunicação, apropriadas a cada contexto de saúde, de forma a agilizar uma interação e compreensão das informações transmitidas por parte do doente, sendo para isso necessária uma avaliação do seu nível de consciência, para serem potenciadas ao máximo as suas capacidades (Holm et al., 2020; Pinho, 2020a; Sias et al., 2022). Neste âmbito, é fundamental que os diversos atores que trabalham em saúde conheçam os elementos da comunicação, as técnicas e competências comunicacionais, de forma a poderem utiliza-las com todo o seu potencial terapêutico a fim de minimizarem o risco

de erro, particularmente durante uma situação de transição de cuidados, de tal forma que saber comunicar é um dos maiores desafios da prestação de cuidados de saúde, ainda que nós, profissionais de saúde, possamos pensar que não (Sequeira, 2016; Sequeira & Pinho, 2016), Santos & Grilo, 2021).

A comunicação em saúde é por vezes desorganizada, informal e variável, com diversas barreiras à comunicação eficaz, barreiras essas, relacionadas com interrupções frequentes, sobrecarga de trabalho, hierarquia organizacional, passagem da informação incompleta ou ineficaz e condições físicas dos serviços adversas, presença de ruído e ausência de locais apropriados para manter uma comunicação eficaz. Promover a comunicação em saúde requer um esforço diário e um compromisso de todos os intervenientes no processo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Implica compreender o contexto, uma atualização sistemática de competências comunicacionais, uma liderança efetiva e apoio organizacional (Brás & Ferreira, 2016; Rodrigues et al., 2016).

Os processos de comunicação nos hospitais e nomeadamente nos SU e UCI são complexos e dinâmicos, caracterizados por um alto fluxo de informação, entre profissionais de diferentes áreas. Acresce ainda, o elevado risco de agravamento do estado clínico com um desfecho desfavorável, sendo por isso imperativo um processo consolidado e sistemático de comunicação. Também a interação permanente, gera a necessidade de atualização e troca de informações entre a equipa de cuidados, pelo que nesse sentido é essencial que essa interação seja positiva, com vista à promoção de uma prestação de cuidados segura e de qualidade. A comunicação eficaz entre os profissionais, permite diminuir situações de redundância, poupar tempo, diminuir eventos adversos, erros e aumentar a sua satisfação (Figueiredo et al., 2020; Lopes et al., 2021; Santana et al., 2020; Sousa et al., 2019).

A comunicação eficaz em saúde, constitui uma preocupação a nível nacional, materializada no terceiro objetivo estratégico do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, integrado na Estratégia Nacional para a Qualidade da Saúde, que reforça a importância da comunicação efetiva enquanto promotora da segurança, sendo considerada como essencial ao longo de todo o ciclo de cuidados, com particular destaque nos momentos de transição de cuidados, transferência de responsabilidade

ou passagem de informação entre os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde (Despacho n.º 9390/2021, 2021).

É importante que os enfermeiros detenham conhecimentos sobre como comunicar para interagirem com a pessoa e família, por forma a recolherem informação e identificarem objetivos e meios para os atingirem. Esta capacidade de comunicação também é essencial na interação entre os enfermeiros e restante equipa de profissionais de saúde, pois só assim é possível prestar cuidados seguros e eficazes à pessoa e família. É igualmente importante que os enfermeiros tenham em consideração que são elementos centrais na transmissão de informação dentro da equipa de saúde, sendo que cada profissional deve ser responsável por transmitir informação clara e exata ao outro, de modo a planificar os cuidados necessários a cada doente e família num ambiente de respeito mútuo (Broca & Ferreira, 2015; Killeen & King, 2007; Mulvey, 1984).

No processo de comunicação, a pessoa e família devem ser consideradas como parte integrante, constante e central da equipa de cuidados, tendo informações valiosas para o processo, embora sejam a parte mais vulnerável, desempenham um papel fundamental na garantia da continuidade dos cuidados, assim como na promoção da segurança (Joint Commission International, 2018; Santos & Grilo, 2021). Atendendo ao que foi referido anteriormente, a equipa de cuidados, contempla não só a equipa multidisciplinar, como também o doente e sua família, elementos integrantes e integradores para a tomada de decisão e opções terapêuticas no processo de saúde-doença que enfrentam (Tanner, 2006; World Health Organization, 2021).

A pessoa define-se por si próprio e não pelo local onde se insere (Hesbeen, 2000). Considerada um dos conceitos centrais da estrutura conceptual de Imogene King (1981), é definida como um sistema aberto em transação com o meio ambiente, o que implica não haver separação entre a pessoa e o ambiente. São seres holísticos, racionais, com capacidade de tomada de decisão na maior parte das situações, com necessidades, desejos e objetivos específicos, sendo que, a PSC é aquela que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, tem a sua sobrevivência dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica, com vista à promoção da saúde, prevenção da doença, readaptação funcional e reinserção

social em todos os contextos de vida (Benner et al., 2011; Ponce & Mendes, 2015; Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Também a família está intrinsecamente envolvida no processo saúde-doença, e representa uma importante fonte de suporte à PSC. A família, é vista como uma unidade social ou um todo coletivo, composta por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, indo para além da sua relação sanguínea de parentesco, relação emocional ou legal, incluindo pessoas importantes para o doente (Figueiredo, 2012; International Council of Nurses, 2019a). Reconhecendo as inúmeras mudanças na nossa sociedade, principalmente no acesso aos serviços de saúde, a família é um sistema de saúde para os seus membros, do qual faz parte um modelo explicativo de saúde-doença, ou seja, um conjunto de valores e crenças, de conhecimentos e de práticas, que guiam as ações da família na promoção da saúde dos seus membros, na prevenção e no tratamento da doença. A família como parceira no cuidar, poderá ter um papel ativo na prestação de cuidados e na tomada de decisão; como recetora de cuidados, a família requer informação e acompanhamento por parte dos enfermeiros, de forma a garantir as melhores condições para lidar com a situação de doença (Benner, 2005; Hennessy & Gladin, 2006; Mendes, 2018). Também Imogene King (1981) destaca a importância da interação entre o enfermeiro e a família, assim como, a sua participação na tomada de decisões que influenciam o cuidado e os resultados.

Por segurança entende-se a ausência de lesões acidentais, sendo esta associada ao conceito de eventos adversos, definidos como ocorrências de lesões não intencionais ou complicações provocadas pela gestão de cuidados de saúde e não pela doença de base da pessoa, que poderão levar à sua morte ou invalidez (Doran, 2011). É a redução de risco de dano desnecessário à pessoa que usufrui dos cuidados de saúde prestados, para um mínimo aceitável (Fragata, 2010; Norma n.º 001/2017, 2017; World Health Organization, 2021).

Estima-se ainda que nos países desenvolvidos, um em cada 10 doentes esteja sujeito a um evento adverso enquanto recebe cuidados de saúde, sendo que esta estimativa agrava quando falamos em países de baixo rendimento, em que um em cada quatro doentes sofre um evento adverso decorrente da prestação de cuidados. Estes resultados têm impacto quer a nível pessoal como económico e social (World Health

Organization, 2021). Em Portugal, um estudo realizado no âmbito da avaliação da cultura de segurança do doente nos hospitais em cinquenta e cinco unidades hospitalares, concluiu-se que a cultura de segurança do doente ainda não é amplamente assumida como prioridade para os profissionais de saúde, sendo que as seguintes dimensões da cultura de segurança necessitavam de intervenção nos hospitais, das quais destacamos: abertura na comunicação, comunicação e *feedback* acerca do erro e garantia de transições seguras de cuidados, quer sejam intra como inter-hospitalares (Direção-Geral da Saúde & Associação para o Desenvolvimento Hospitalar, 2015).

A preocupação com a existência de falhas de comunicação teve início com a publicação do relatório *To err is human* publicado pelo Instituto de Medicina Americano em 2000 (Institute of Medicine, 2000) e foi o grande impulsionador do movimento em torno da segurança do doente. Tal relatório alertava o mundo para a complexidade dos cuidados de saúde, sendo uma área que envolve muitos riscos que pode causar dano, incapacidade ou mesmo a morte. Salienta ainda a importância dos fatores humanos na construção de um sistema de segurança para o doente (Figueiredo et al., 2020; World Health Organization, 2021).

Um dos problemas da segurança para a pessoa são as falhas de comunicação no processo de transição de cuidados. A evidência científica demonstra que os erros em saúde foram responsáveis por 400.000 mortes por ano em 2013, especialmente em áreas de alto risco, como os serviços de urgência, sendo que a comunicação efetiva se torna especialmente importante nestas áreas (Eppich, 2015). Também de acordo com Spooner et al., (2016) cerca de 80% dos erros em saúde foram atribuídos a falhas de comunicação entre os cuidadores, sendo que um em cada cinco doentes sofreram um evento adverso, resultante das falhas na transferência de informação.

De acordo com Shapiro (2017), período de 2010-2013 a Joint Commission Internacional realizou uma avaliação que demonstrou que as falhas de comunicação continuam a ser os eventos que mais potenciam a ocorrência de eventos adversos. Em contexto nacional, de acordo com a Direção-Geral da Saúde (2017), um estudo realizado em 2012 demonstrou que em 50% dos casos analisados foi verificada a existência de uma comunicação ineficaz entre profissionais, com impacto negativo na continuidade de cuidados.

Para a Enfermagem, a promoção da segurança da pessoa e família é fundamental para uma enfermagem de qualidade e excelência, o que pressupõe um forte investimento nos profissionais de saúde, na melhoria no seu desempenho, promoção da segurança ambiental e gestão do risco, de que são exemplos o controlo de infeção, uso seguro do medicamento, prática clínica segura, ambiente de cuidados seguro, bem como uma formação contínua, focada na promoção da segurança. A identificação precoce do risco é essencial na prevenção de lesões na pessoa. No entanto, tal implica uma cultura organizacional de segurança, assente numa relação de confiança, honestidade, integridade e comunicação aberta entre a pessoa/família, profissionais de saúde e organização. Deste modo, é essencial uma abordagem sistémica e sistemática, baseada numa filosofia de transparência e notificação, sem culpabilizar o prestador individualmente, mas focada na implementação de mecanismos de melhoria e controlo de eventos adversos (Doran, 2011; International Council of Nurses, 2019b).

A prestação de cuidados seguros e de alta qualidade à pessoa e família é de extrema importância para os enfermeiros, sendo que isso implica informá-los sobre risco e redução do risco, no sentido de garantir a segurança do mesmo, incentivando ao mesmo tempo o relato de eventos adversos. Os enfermeiros abordam a segurança da pessoa em todas as áreas do cuidado e em todos os ambientes e, como tal, devem ser centrais na conceção e operacionalização de todos os projetos e sistemas de segurança do cliente (Doran, 2011; International Council of Nurses, 2019b).

Uma prática baseada em evidência, requer comunicação clínica hábil, livre de ambiguidade, assente em princípios éticos e clínicos que permitam uma tomada de decisão adequada. A criação de um contexto comunicativo para a resolução de problemas diários favorável ao trabalho em equipa e dirigido às áreas de julgamento clínico, permitirá melhorar o ambiente e contextos que são inerentemente ambíguos e, portanto, difíceis para a comunicação com outros (Benner et al., 2011). Perante a problemática da comunicação na equipa de cuidados decorrentes da complexidade dos contextos, houve a necessidade de realizar uma RIL no sentido de dar resposta à seguinte questão de investigação - Quais as estratégias de comunicação (I) para uma transição segura (O) de cuidados à pessoa em situação crítica (P)? -, cujo objetivo foi o de mapear e analisar as estratégias a utilizar no sentido de melhorar a comunicação na

equipa de cuidados, garantindo a prestação de cuidados seguros e de qualidade à PSC e família, durante a transição de cuidados, sendo que os principais resultados serão explorados no subcapítulo seguinte.

Revisitando ainda o enquadramento legal da profissão, os enfermeiros têm o dever de assegurar a continuidade dos cuidados através de um registo fiel às observações e intervenções realizadas. Deve ainda garantir a excelência do exercício através da qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados e das ações que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos. Por este fato é imprescindível que a transmissão de informação relativas aos cuidados de enfermagem prestados seja uma prática registada e transmitida de forma presencial e verbal entre enfermeiros envolvidos no plano terapêutico de cada doente. Os enfermeiros têm ainda a responsabilidade de conhecer as necessidades e encontrar soluções para os problemas de saúde identificados, colaborando com outros profissionais em programas que vão ao encontro das necessidades da pessoa/família/comunidade. O enfermeiro responsabiliza-se pelo atendimento em tempo útil, por forma a não haver atrasos na deteção precoce de sinais e sintomas de gravidade, no diagnóstico e tratamento, orientando para outro profissional de acordo com a situação em causa. Deve prestar informação e explicação solicitadas pelo doente/família em matéria de cuidados de enfermagem, respeitando e promovendo o direito da pessoa ao consentimento informado, informando dos riscos, proteção e segurança da saúde. Ainda com o foco na segurança, faz regularmente exercício de reflexão sobre o trabalho efetuado e reconhece falhas que mereçam mudança de atitude, procura aplicar normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa, procurando exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando através dos mecanismos competentes, as lacunas que prejudiquem a qualidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2015b). Em suma a prática de enfermagem tem obrigações éticas para com a sociedade e para com os doentes, de prestar cuidados de elevada qualidade, controlando o risco e prestando cuidados promotores da sua segurança (Lei nº 156/2015, 2015). Assim, as intervenções de saúde têm como objetivo major, beneficiar a pessoa; no entanto, há um elemento de risco decorrente dos eventos adversos e de erros, que resultam de uma complexa combinação de processos, tecnologias e fatores humanos associados aos cuidados de saúde (International Council of Nurses, 2019b).

Atendendo a que a PSC é aquela cuja vida depende de cuidados intensivos e tecnologia de suporte, por incapacidade de manutenção independente da sua estabilidade fisiológica (Benner et al., 2011), cuidar da PSC implica fazer parte de uma equipa multidisciplinar, que presta cuidados complexos e exigentes, e cuja dinâmica é afetada pela comunicação entre os seus elementos em que a sua otimização diminuirá a possibilidade de erro, permitindo uma continuidade de cuidados e a qualidade dos mesmos. O SU e UCI são contextos ideais de abordagem para estabilização e tratamento da PSC, uma vez que estão capacitados para oferecer um suporte continuado de alta complexidade, permitindo monitorização constante e vigilância 24h (Couto et al., 2005; Pinho, 2020a).

Perante as mudanças e a complexidade dos SU e UCI, a utilização de um modelo de sistemas, parece ser o modo mais adequado de estudar as pessoas em interação com o meio ambiente, uma vez que permite desenvolver uma estrutura conceptual de variáveis mutuamente dependentes e conceitos relacionados. Os sistemas, pessoal, interpessoal e social, definidos por Imogene King (1981), servem de estrutura básica à sua Teoria da Consecução de Objetivos e representam elos interconectados para uma comunicação de informações em que o foco comum e unificador são os seres humanos, interagindo em diferentes contextos físicos e sociais, no sentido de alcançarem as metas definidas por todos os intervenientes no processo do cuidar (Killeen & King, 2007; Moreira & Araújo, 2002). Nesta abordagem, a comunicação sobressai como elemento essencial, influenciando as interações, e, por conseguinte, os objetivos, necessidades e expectativas da pessoa cuidada e família, mantendo o sistema interpessoal unido como forma de alcançar o objetivo da equipa de cuidados, para a promoção de cuidados seguros à PSC e família (Broca & Ferreira, 2015; King, 1981; Mulvey, 1984). De acordo com King (1981) só faz sentido estudar a pessoa em interação com o meio ambiente como um todo e não em partes isoladas. Para isso, definiu três sistemas interativos, em que qualquer que seja a alteração num deles vai influenciar o sistema no seu todo. Os sistemas interativos, o pessoal, interpessoal e social, apresentam atributos específicos e vão influenciar todo o cuidado ao ser humano. Segundo este modelo a prestação de cuidados requer uma abordagem individual (sistema pessoal – PSC e família), na equipa de saúde (sistema interpessoal) e no contexto de cuidados (social – SU e UCI), para a prestação de cuidados de qualidade

à pessoa e família. Neste contexto, a enfermagem é um processo de ação, reação, interação e transação, através da qual são dadas as informações sobre as percepções do enfermeiro e da pessoa/família, na situação de cuidados, contribuindo assim, para um plano de cuidados individualizado. De acordo com este modelo, a meta da enfermagem é o cuidado das pessoas (Friend & Sieloff, 2020). O processo de transação, quando usado em equipas multidisciplinares, facilita o estabelecimento de metas mútuas com a PSC e família, com base no conhecimento e nas funções específicas de cada membro da equipa, em que a comunicação deve ser aberta e eficaz entre eles, devendo existir respeito mútuo pelo contributo de cada um, para a concretização do plano de cuidados definido. Na prestação de cuidados, é importante haver interação recíproca entre o enfermeiro e pessoa/família, sendo o desempenho do primeiro influenciado pelo desempenho individual de cada um dos intervenientes. À medida que aumenta o número de intervenientes, a complexidade das interações também aumenta. Os enfermeiros devem dar ênfase às metas a serem alcançadas, aproximando-as da realidade, ajudando a verificar e comparar as percepções dos doentes com as necessidades identificadas. A identificação das metas, serve de guia aos enfermeiros, para monitorizar as perturbações ou interferências no doente e estar alerta para qualquer nova informação relativa a este. O estabelecimento de prioridades permite a continuidade do cuidado e enfoca a participação dos doentes nas decisões sobre o seu cuidado. Esta relação potencia o cuidado individualizado, facilitando a contínua colaboração do doente e família na viabilização de meios para alcançar as metas traçadas (Killeen & King, 2007; Moreira & Araújo, 2002). Nas situações em que o doente não é capaz de interagir com a equipa decorrente da sua situação clínica, a família deve ser escutada, ter a sua opinião considerada e a sua participação incentivada em todo o processo do cuidar (Killeen & King, 2007; Moreira & Araújo, 2002). Para além da informação que a família possa fornecer em todo este processo, a vigilância da PSC com recurso à tecnologia necessária para a obtenção de dados, é fundamental para a antecipação, monitorização e atuação da equipa multiprofissional, para minimizar as ameaças à saúde e garantir a segurança da PSC (Ajri-Khameslou et al., 2021; Locsin, 2017; Meyer & Lavin, 2005).

Apesar da segurança da pessoa ser uma responsabilidade multiprofissional, a profissão de enfermagem desempenha um papel central no desenvolvimento de

cuidados seguros, uma vez que os enfermeiros gerem muitos dos fatores ambientais, asseguram a continuidade dos cuidados, articulam a sua atividade com os diversos profissionais e prestam a maior parte dos cuidados diretos ao doente, assumindo um papel integrador/coordenador de cuidados (Benner et al., 2002; Killeen & King, 2007; Mulvey, 1984). Assim sendo, os enfermeiros ocupam um lugar privilegiado na deteção atempada de falhas e complicações e são frequentemente a última barreira na prevenção de incidentes de segurança (Benner et al., 2010). Tendo em conta que na maioria das vezes a PSC está impossibilitada, ainda que transitoriamente de comunicar (Holm et al., 2020; Jansson et al., 2019; Sias et al., 2022), incrementando a probabilidade de ocorrência de eventos adversos, insatisfação com os cuidados, comprometimento da autonomia e independência, aumento da vulnerabilidade, podendo desencadear sentimentos de medo e frustração (Dithole et al., 2017; Sias et al., 2022), fez sentido integrar um outro referencial teórico de enfermagem – A Teoria da vigilância de Meyer & Lavin (2005).

A vigilância na prática de cuidados nos contextos de SU e UCI, representa uma importante estratégia na prevenção e identificação de erros e eventos adversos. Considerada a essência do cuidar em Enfermagem, constitui uma intervenção independente dos enfermeiros e um verdadeiro contributo na segurança da PSC e família (Ajri-Khameslou et al., 2021; Henneman et al., 2012; Meyer & Lavin, 2005).

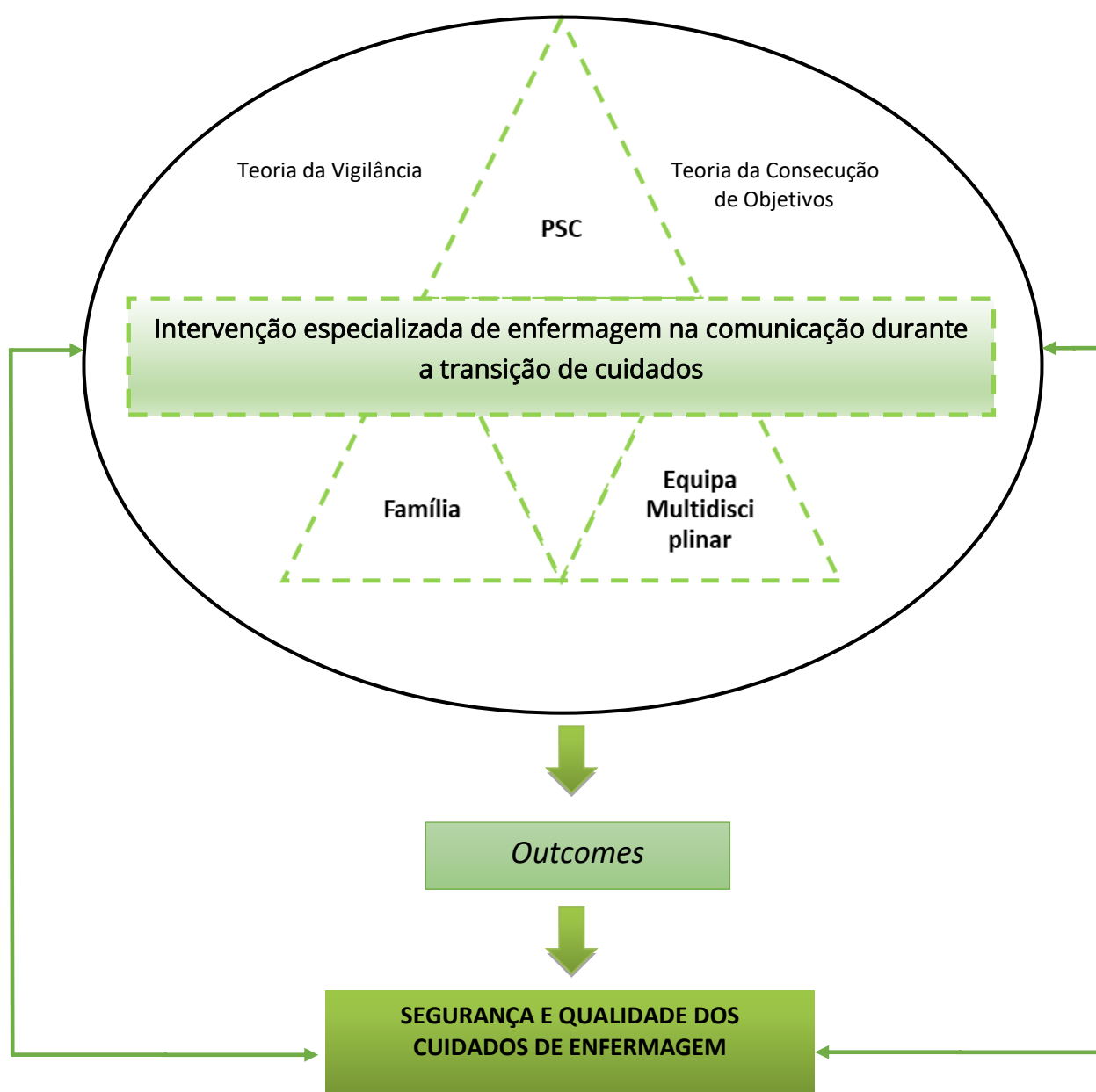
De acordo com Meyer & Lavin (2005), a vigilância é um estado de alerta constante, com a máxima capacidade e prontidão fisiológica e psicológica de deteção e reação perante o perigo. A vigilância profissional é baseada no conhecimento de enfermagem, sendo um pré-requisito para a ação e tomada de decisão, informadas. Reforçando esta ideia, Benner (2005), refere que a vigilância prudente e a identificação precoce dos problemas são a primeira forma de defesa da pessoa, constituindo-se como a tarefa principal dos enfermeiros, ainda que estes não reconheçam a sua verdadeira essência. Os enfermeiros com competências especializadas, desenvolvem conhecimentos e uma linguagem específica, melhorando os próprios conhecimentos clínicos com a possibilidade de disseminação para que outros possam adquirir as mesmas competências em matéria de perceção.

Segundo Meyer & Lavin (2005), existem cinco elementos na vigilância profissional de enfermagem: atribuição de significado; antecipação do que pode

acontecer; cálculo de risco; disponibilidade imediata para a ação e monitorização de resultados. As intervenções iniciadas pelo enfermeiro para reduzir o risco iminente de dano à PSC, são o resultado do conhecimento e experiência, englobando competências técnicas, comportamento ético e autoeficácia. Na sua plenitude a vigilância tem o potencial de reduzir erros, envolvendo a pessoa e a família no próprio cuidar (Ajri-Khameslou et al., 2021; Henneman et al., 2012; Meyer & Lavin, 2005).

Atendendo ao enquadramento teórico efetuado, podemos sintetizar os conceitos e a relação entre eles, de acordo com o esquema na Figura 1.

Figura 1. Mapa conceitual norteador para o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências



Perante a complexidade dos cuidados exigidos pela PSC e família nestes contextos, é fundamental encontrar estratégias efetivas de comunicação na transição de cuidados para reduzir os eventos adversos, sendo que estas estão associadas à melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Müller et al., 2018; Sousa et al., 2019).

Neste sentido, no subcapítulo seguinte, serão apresentados os princípios resultados da RIL, relativos às estratégias de comunicação a utilizar pela equipa, para uma transição segura de cuidados da PSC e família.

1.2. Contributos de uma comunicação eficaz para uma transição segura de cuidados

A transmissão de informação durante a transição de cuidados é parte integrante do processo de comunicação e do cuidado à PSC e família. É fundamental garantir que todas as informações relevantes sobre a pessoa sejam partilhadas e transmitidas de forma clara e precisa, especialmente na passagem de turno, ou durante a transferência da pessoa para outro serviço ou unidade hospitalar (Nogueira & Rodrigues, 2015; Sousa et al., 2019; Victorian Quality Council, 2010).

A transição de cuidados é considerada um momento de grande vulnerabilidade para a segurança da PSC, reveste-se de alto risco, uma vez que se caracteriza por ser uma ocasião de grande exigência no que diz respeito à manutenção da comunicação eficaz entre os profissionais de saúde. Consiste na transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre profissionais, que tem por objetivo a continuidade e segurança dos mesmos. Os momentos mais vulneráveis da transição de cuidados, são as admissões e altas hospitalares para o domicílio ou para outro nível de cuidados, nas transferências intra ou inter-hospitalares e as mudanças de turno na mesma instituição. São momentos onde ocorrem falhas de comunicação, acarretando fragilidades com impacto negativo na segurança da PSC e família, pela alta probabilidade de ocorrerem eventos adversos. O investimento por parte das instituições de saúde vai no sentido de se realizarem transferências de alta performance, neste âmbito (Figueiredo et al., 2020; Lopes et al., 2021; Müller et al., 2018; Norma n.º 001/2017, 2017; Sousa et al., 2019).

Deste modo, particularmente nos momentos de transição de cuidados, a comunicação entre os profissionais de saúde deve ser clara, oportuna, precisa, completa e sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor, antes, durante e

após essa transição, baseada no respeito mútuo, pela capacidade individual de cada um no alcance de metas e resultados. Pressupõem conhecimento, competência e empatia. Apesar de estar presente todos os dias na prestação de cuidados, exige competências que devem ser apreendidas, treinadas, para o estabelecimento de comunicação eficaz em ambientes dinâmicos e complexos, comuns aos profissionais de saúde (Killeen & King, 2007; Mannion & Braithwaite, 2017; Nogueira & Rodrigues, 2015; Santos et al., 2011; Victorian Quality Council, 2010).

Perante a problemática da comunicação eficaz na transição de cuidados, esta carece do envolvimento de todos os intervenientes no processo e exige uma participação ativa. As estratégias e ações a desenvolver devem ser baseadas na ciência, experiência, trabalho em equipa, no sentido de eliminar todos os potenciais riscos evitáveis para todos os envolvidos no processo (World Health Organization, 2021). Também em contexto nacional há uma preocupação em implementar estratégias que melhorem os processos de comunicação nestes momentos, cujo objetivo é a utilização de ferramentas de comunicação padronizadas, que facilitem os profissionais na organização da informação a transmitir, em todos os momentos vulneráveis/críticos de transição de cuidados, promovendo assim a segurança do doente através de uma comunicação eficaz (Norma n.º 001/2017, 2017).

Neste sentido, devido à importância deste tema para uma prestação de cuidados de qualidade e com segurança, foi elaborada uma RIL, com o objetivo de compreender e analisar a evidência científica existente sobre as estratégias de comunicação a utilizar pela equipa de cuidados para uma transição segura de cuidados da PSC e família, cujo protocolo se encontra em apêndice (Apêndice I). A RIL encontra-se terminada e publicada na revista *Brazilian Journal of Health Review*, cujo comprovativo de publicação se encontra em anexo (Anexo I).

De acordo com os resultados obtidos, é possível destacar que a adoção de estratégias de comunicação entre a equipa de cuidados é essencial e carece de preocupação e envolvimento de todos os intervenientes no processo. As estratégias a implementar devem ser individualizadas e adequadas a cada contexto e os profissionais devem ter a oportunidade de serem envolvidos de forma ativa e comprometida (Digosis, 2017; Figueiredo et al., 2020; Lopes et al., 2021; Müller et al., 2018; Olino et

al., 2019; Pena & Melleiro, 2018; Powell et al., 2020; Santos et al., 2018; Shahrami et al., 2019; Vieira & Rocha, 2020).

Alguns estudos, evidenciam a importância da utilização de estratégias padronizadas para sistematizar a informação transmitida, sendo que a mais reportada foi o ISBAR (*Identify, Situation, Background, Assessment and Recommendation*). Esta técnica permite, através de uma forma simples, memorizar construções complexas que são utilizadas na transmissão verbal de informação sobre o estado de saúde dos doentes (Digosis, 2017; Figueiredo et al., 2020; Lopes et al., 2021; Müller et al., 2018; Norma n.º 001/2017, 2017; Pena & Melleiro, 2018; Powell et al., 2020; Santos et al., 2018; Shahrami et al., 2019; Vieira & Rocha, 2020). A implementação desta técnica como estratégia de comunicação na transição de cuidados, contribui para o incremento da segurança do doente, sendo considerada uma boa prática na transmissão de informação em situações críticas, diminuindo a ocorrência de eventos adversos, melhorando a comunicação entre os elementos da equipa de cuidados, tendo impacto positivo nos *outcomes* obtidos na pessoa e família. Esta metodologia permite transmitir informações durante um curto período de tempo, de forma clara e simples, podendo ser transmitida junto da pessoa e família, o que reforça a importância do plano terapêutico ser discutido e partilhado com todos os membros da equipa, da qual fazem parte os profissionais de saúde, a pessoa e a família a vivenciar uma situação de doença crítica (Digosis, 2017; Figueiredo et al., 2020; Lopes et al., 2021; Müller et al., 2018; Norma n.º 001/2017, 2017; Santos et al., 2018).

Dada a complexidade e diversidade dos cuidados de saúde prestados ao doente, existem também ferramentas de apoio à transmissão de informação verbal, como os documentos escritos, em que as *checklists* assumem um papel de grande relevância. A sua utilização na transmissão de informação melhora o processo comunicativo, reduzindo as falhas a ele associadas e os eventos adversos, potenciando assim a segurança dos doentes. De salientar que os itens mais importantes a constar na *checklist* são: a identificação do doente (sexo, idade e estado pré lesão), mecanismo de trauma, lesão (suspeita ou sustentada), sinais e sintomas (observação e monitorização), avaliação (exames complementares de diagnóstico), diagnóstico, intervenção e plano de tratamento do doente (Corpolato et al., 2019; Jelacic et al., 2021; Olino et al., 2019; Pena & Melleiro, 2018; Powell et al., 2020; Shahrami et al., 2019; Vieira & Rocha, 2020).

Para que isto seja uma realidade nos serviços de saúde, é fundamental a envolvimento de toda a equipa, o que se concretiza, por exemplo, através da implementação de um procedimento operacional padrão, que consiste numa norma de procedimento cujo objetivo é a uniformização, sistematização dos procedimentos em relação à transmissão de informação, por forma a garantir que todas as informações relevantes são transmitidas sem haver omissões de informação, utilizando a terminologia correta sobre a situação do doente. Também o recurso à tecnologia através da informatização das informações a comunicar, reduz o erro. A maioria dos enfermeiros, referiu que o uso de uma lista de verificação durante a transmissão de informação melhorou a comunicação no momento da transição de cuidados.

Por tudo isto, pode dizer-se que, com base nos dados obtidos, é possível otimizar a comunicação durante a transição de cuidados, tendo por base as intervenções e estratégias obtidas através da RIL elaborada, com vista a melhorar os resultados em saúde da PSC e família.

PARTE II - PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo será analisado o processo de competências especializadas de enfermagem desenvolvido ao longo do percurso académico, desde o planeamento do projeto à sua concretização. Esta metodologia regeu-se pelo planeamento de estratégias e intervenções eficazes para a resolução de um problema real, tendo por base uma prática baseada na evidência (Ruivo & Ferrito, 2010). Assim, numa fase inicial, efetuei uma reflexão relativa às práticas de cuidados, pesquisa de evidência através de uma revisão crítica da literatura e reuniões com peritos nas diferentes áreas do cuidar da PSC. Desta forma, foram selecionados dois campos de estágio com potencial para me permitir realizar um conjunto de atividades inerentes à concretização dos objetivos gerais definidos:

- desenvolver competências especializadas de enfermagem na abordagem à PSC em contexto de SU e UCI;
- desenvolver competências especializadas de enfermagem na comunicação na equipa de cuidados durante a transição de cuidados.

Para atingir estes objetivos, os contextos de estágio considerados, constituíram-se como oportunidades para articular os saberes teóricos e práticos na prestação de cuidados, materializando as aprendizagens, em competências especializadas de enfermagem adquiridas/desenvolvidas (Ruivo & Ferrito, 2010). A prática é um todo integrado, exigindo do profissional o desenvolvimento de conhecimento e a competência para o desenvolvimento da própria prática, sendo que a prática é mais do que a coleção de técnicas, ou seja, requer uma simbiose entre a prática e a teoria num processo contínuo e de suporte mútuo (Benner, 2005; Benner et al., 2009).

O estágio teve a duração de 18 semanas, entre o 26 de setembro e 30 de janeiro, num total de 500 horas, realizadas em dois contextos distintos: num SU e UCI pertencentes ao distrito de Lisboa, conforme cronograma de atividades executadas e que se encontra em apêndice (Apêndice II).

Os objetivos específicos e atividades para os concretizar foram ajustados às características de cada realidade e discutidos com a professora e enfermeiros orientadores, para otimizar o processo de desenvolvimento de competências. O facto de ter tido oportunidade de discutir os objetivos, reajustando-os face à realidade

encontrada, expectativas e metas dos intervenientes no processo de aprendizagem, favoreceu a criação de uma relação pedagógica de compromisso que facilitou todo o processo de desenvolvimento de competências ao longo do estágio. Assim, os próximos dois subcapítulos refletem o percurso realizado no SU e na UCI para a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem à pessoa e família, durante todo o processo.

2.1. Serviço de Urgência

Os serviços de urgência são caracterizados por serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm na sua função a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas (Despacho Normativo n.º 11/2002, 2002).

São na maioria das vezes o primeiro contacto do doente com os cuidados de saúde, sendo que têm por objetivo a receção, diagnóstico e tratamento de doentes de trauma ou com doenças súbitas que necessitem de atendimento imediato em meio hospitalar (Revisão Técnica 11/2015, 2015).

De acordo com (Despacho n.º 10319/2014, 2014), SU em questão enquadra-se no terceiro nível de resposta da Rede de Serviços de Urgência- Serviço de Urgência polivalente, sendo o nível mais diferenciado de resposta às situações de urgência e emergência e deve oferecer resposta de proximidade à população da sua área, assim como, constitui-se como Centro de Trauma, proporcionando tratamento sistematizado e definitivo do doente politraumatizado grave. Também comporta as designadas Vias verdes (via verde Acidente Vascular Cerebral (AVC), coronária, sépsis, trauma e paragem cardiorrespiratória). Este serviço constitui-se como uma referência regional e nacional no cuidado e atendimento ao doente crítico em diversas áreas.

O estágio no SU polivalente teve a duração de 8 semanas, de 3 de outubro a 26 de novembro, com a duração de 250 horas.

Relativamente a este contexto e tal como referido anteriormente, foram estabelecidos como objetivos gerais:

- desenvolver competências especializadas de enfermagem na abordagem à PSC em contexto de SU;

- desenvolver competências especializadas de enfermagem na comunicação durante a transição de cuidados relativos à PSC e família no SU.

Atendendo a estes objetivos foram estabelecidos objetivos específicos, atividades para a sua concretização e indicadores de resultado que se encontram em apêndice (Apêndice III) e serão analisados de seguida.

Numa primeira fase, procurei conhecer a dinâmica funcional e organizativa do SU. Para isso foi fundamental a visita guiada efetuada pelo enfermeiro orientador aos diferentes setores da urgência, bem como a explicação dos diversos circuitos do doente no serviço. Também a consulta das normas e procedimentos do serviço revelou-se útil na compreensão e integração na dinâmica de trabalho em equipa nos diferentes turnos (manhãs/tardes/noites), potenciando em mim o desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz, de acordo com cada setor e respeitando a individualidade da pessoa e situação de saúde-doença vivenciada pela mesma.

Tive oportunidade de efetuar turnos em todos os setores da urgência. No entanto, atendendo aos objetivos traçados, e depois de reunir com o enfermeiro orientador, maioritariamente os turnos foram efetuados na sala de reanimação e serviço de observação (SO), setores privilegiados na abordagem à PSC, constituindo-se áreas de grandes oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à PSC, tendo em conta a minha experiência anterior em serviço de urgência.

Um aspeto positivo e facilitador na integração foi a organização do serviço por setores, de acordo com os níveis de prioridade, atendendo ao sistema da Triagem de Manchester (Grupo Português de Triagem, 2010). Foi fundamental o turno que fiquei alocada à triagem, pois possibilitou conhecer o sistema de triagem, o seu funcionamento e ajudou-me na compreensão da dinâmica de funcionamento do serviço e circuito/encaminhamento do doente.

A prestação de cuidados à PSC decorreu sempre em colaboração com a equipa multidisciplinar, o que foi facilitador no meu processo de integração e permitiu envolver-me precocemente na prestação de cuidados à PSC de forma autónoma, mas sempre com uma postura de humildade e disponibilidade no desempenho de todas as funções que me foram atribuídas de forma responsável e de crescente complexidade.

Foi sempre minha preocupação a prestação de cuidados tendo por base os princípios básicos da ética e deontologia, respeitando a privacidade, integridade, autonomia dos doentes. Tive sempre a preocupação de informar sobre cada procedimento a executar de forma a obter o consentimento e participação do doente, de acordo com as suas capacidades, criando uma relação terapêutica eficaz, integrada na equipa de enfermagem, sob o cumprimento dos deveres do sigilo profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2015b). No entanto, por vezes fui confrontada com situações de doença em que a pessoa estava inconsciente ou incapacitada de comunicar e nessas circunstâncias e de acordo com as normas emanadas, a equipa assumiu que não existindo condições/capacidades para o doente dar o seu consentimento, a tomada de decisão foi baseada no consentimento presumido e no dever de agir segundo os princípios da ética em saúde da beneficência e não maleficência (Norma n.º 015/2013, 2015).

Atendendo ao elevado número de doentes que recorriam ao SU, na generalidade dos turnos confrontava-me com espaços físicos, recursos humanos e materiais insuficientes, realidade que fez emergir em mim, uma questão de grande relevância para os enfermeiros e para as pessoas: a privacidade e confidencialidade dos doentes (Ordem dos Enfermeiros, 2015b). Durante o estágio foram várias as situações de cuidados que me fizeram refletir sobre a dificuldade em manter a privacidade e confidencialidade da PSC, aquando da prestação de cuidados de higiene, realização de procedimentos invasivos, administração de terapêutica ou mesmo no processo de comunicação com o doente, considerando um elemento dificultador no estabelecimento de uma relação terapêutica, em que muitos doentes manifestavam desconforto e insatisfação por tal exposição, sentindo-se mais confortáveis quando os profissionais usavam cortinas ou cobriam partes do corpo que não precisam de estar expostas para o tratamento em causa. Decorrente desta dificuldade tive necessidade de realizar um jornal de aprendizagem subordinado ao tema - Privacidade e confidencialidade num serviço de urgência -, em que me foi possível refletir sobre esta temática, isto, de que forma os enfermeiros poderiam ultrapassar tais dificuldades, com que estratégias, assim como, o seu contributo junto da restante equipa na adesão de tais estratégias, para a melhoria contínua dos cuidados nesta área.

Foi sempre uma preocupação pessoal, a utilização de todos os recursos existentes no serviço, desde a utilização de biombos, a utilização de salas e gabinetes que não estivessem a ser utilizados, por forma a garantir a privacidade e confidencialidade do doente, assim como, reforçar, sensibilizar a equipa para a sua utilização. Também tive oportunidade de partilhar com o enfermeiro orientador e o chefe de equipa, sobre esta questão, sugerindo se havia possibilidade de colocar cortinados no SO, uma vez que existia estrutura adequada para a sua colocação, pois seriam um excelente recurso para a promoção da privacidade do doente. Partilhei a minha pesquisa sobre a temática e o jornal de aprendizagem efetuado, onde além de ser referido que os enfermeiros consideram a privacidade como uma necessidade básica a ser suprida e que contribui para o estabelecimento de uma relação de confiança entre enfermeiro e doente, existe também uma correlação direta entre o respeito pela privacidade e a satisfação dos doentes. O respeito pela privacidade e confidencialidade é essencial para um estabelecimento de um relacionamento efetivo entre o doente e os membros da equipa (Kim et al., 2017). É fundamental a criação de uma relação eficaz com a PSC na conceção de objetivos comuns para atingir as metas estabelecidas enquanto parceiros de cuidados, em que o contexto e o ambiente podem ser influenciadores de uma melhor adesão ao plano terapêutico e conceção dos objetivos em conjunto (Killeen & King, 2007).

Revisitando o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), é reforçada a importância da adoção de uma conduta responsável e ética, atuando pelo respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos pelos cidadãos (Ordem dos Enfermeiros, 2015a). Fiquei satisfeita com o impacto da minha intervenção junto dos pares e coordenadores/chefias, uma vez que no final do estágio o SO já tinha cortinados em cada unidade do doente. Atendendo ao contexto de prestação de cuidados complexos, os enfermeiros reconhecem que é difícil manter um nível adequado de privacidade. Contudo, utilizam todos os recursos disponíveis para minimizarem a exposição do doente, de forma a garantir a humanização dos cuidados, o cuidar de forma holística (Anguita et al., 2019). O trabalho no SU integra uma equipa multidisciplinar e o cumprimento deste princípio, embora seja da responsabilidade de todos os seus membros, parte fundamentalmente das atitudes do enfermeiro, no que diz respeito à construção, manutenção e incentivo na criação de um ambiente que

respeite a privacidade e confidencialidade dos doentes e famílias que recorrem aos SU (Eyni et al., 2017; Kim et al., 2017; Lin et al., 2013).

Atendendo a que o SU é na maioria das vezes o primeiro contato com o serviço de saúde, sendo na maioria das vezes imprevisível a chegada do doente crítico ao serviço, a gestão de prioridades é fundamental, sendo preponderante especialmente aquando da chegada de doentes em simultâneo. Sempre integrei a equipa onde prestei cuidados diretos a doentes com uma grande variedade de situações de saúde-doença (doentes em paragem cardiorrespiratória, com eventos cardíacos com necessidade de cardioversão elétrica, insuficiência respiratória com necessidade de ventilação mecânica invasiva e não invasiva, receção de vítimas de mono e politrauma grave, doentes em situação de AVC, enfarte e sépsis, com necessidade de ativação das respetivas Vias verdes instituídas no serviço. Tive oportunidade de gerir protocolos terapêuticos complexos, em particular, respeitantes às vias verdes instituídas no serviço (via verde AVC, coronária, sépsis, trauma e paragem cardiorrespiratória). Na sua maioria, os doentes tiveram como destino o SO do serviço, e por vezes, a UCI. Atendendo à diversidade de situações abordadas, foi exigido da minha parte a mobilização de um corpo de conhecimentos adquiridos ao longo do mestrado, nomeadamente na Unidade curricular Enfermagem em Cuidados Intensivos, no curso *Advanced Trauma Care For Nurses* (ATCN), cujo certificado de participação se encontra em anexo (Anexo II), assim como, no curso Suporte Avançado de Vida (SAV), (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2020; Society of Trauma Nurses, 2018). Também teve grande contributo na atualização de conhecimentos e melhoria das práticas, a participação no - 1º Congresso de Enfermagem em Urgência e Emergência do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra -, onde foi possível consolidar conhecimentos sobre a segurança do doente no serviço de urgência, refletir na abordagem multidisciplinar centrada na gestão de sintomas e no cuidar sem despersonalizar a identidade da pessoa em situação crítica ou paliativa no SU. Também temáticas como a abordagem à pessoa denominada - dador de coração parado -, desde o pré-hospitalar ao serviço de urgência, serviu para identificar problemas, procurar soluções e melhorar a minha intervenção face às experiências vivenciadas no estágio, cujo certificado se encontra em anexo (Anexo III).

Face à minha intervenção na gestão de protocolos terapêuticos complexos e necessidade de desenvolvimento de competências nesta área, foi uma mais valia a

participação na formação - Gestão de Risco e Segurança do Doente -, cujo certificado de participação se encontra em anexo (Anexo IV). Contribuiu para a aquisição de ferramentas e estratégias que não só apreendi, como pude disseminar junto dos meus pares de forma informal, no que diz respeito à segurança do circuito do medicamento, à segurança transfusional, à identificação positiva do doente e à importância da notificação de incidentes na plataforma RISI, cujo objetivo é o de melhorar as práticas e não o de penalizar o profissional envolvido.

Toda a abordagem do doente crítico seguiu uma lógica de prioridades ABCDE, considerada uma ferramenta primordial pois permite ordenar e sistematizar as intervenções, bem como priorizar os cuidados a prestar para que os resultados obtidos sejam os adequados à situação, assegurando-se um nível de cuidados ótimo. Tive oportunidade de preparar, administrar e gerir terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas (drogas vasoativas, protocolos de sedação/analgesia, curarização, controlo e gestão da dor), bem como, colaborar na colocação, manutenção e interpretação dos valores obtidos por dispositivos invasivos, como a linha arterial e cateter venoso central (CVC). Participei em manobras de suporte avançado de vida como elemento da equipa de reanimação, o que me permitiu mobilizar os conhecimentos adquiridos nos cursos de SAV e ATCN, visando a implementação de intervenções especializadas na estabilização e tratamento da PSC (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2020; Society of Trauma Nurses, 2018).

Uma outra experiência inovadora foi a canulação de um doente para *ExtraCorporeal Membrane Oxygenation* (ECMO), no contexto de dador de coração parado, efetuado na sala de emergência do serviço com apoio da equipa da UCI e do SU. Esta situação marcou-me particularmente, não só pela necessidade e oportunidade de adquirir conhecimentos na área, mas de realçar a necessidade de incorporação e coordenação de recursos humanos altamente diferenciados e treinados, assim como, recursos técnicos. Perante situações complexas, o enfermeiro especialista é capaz de articular a teoria com a prática, planear, sistematizar, avaliar consistentemente; tem maior capacidade de adaptação, segurança, consegue ter uma visão global da situação e tem a capacidade de decidir (Benner, 2005; Meyer & Lavin, 2005; Queirós, 2015; Tanner, 2006).

Dada a complexidade da situação vivida, com grande probabilidade de um desfecho desfavorável, foi fundamental uma comunicação eficaz entre a equipa de cuidados, o conhecimento por parte da equipa das suas funções e definição de metas, em que o respeito mútuo entre os intervenientes foi mandatário para a prestação de cuidados de forma segura e de qualidade (Killeen & King, 2007; King, 1981). Também a avaliação de forma contínua, integrando a informação, agindo de forma atempada e em tempo útil se tornou essencial no reconhecimento de complicações, bem como a comunicação e mobilização interdisciplinar no sentido de maximizar os efeitos pretendidos, minimizando a ocorrência de eventos adversos. O enfermeiro deve estar motivado para um estado de atenção e vigilância para a ação face ao inesperado, sendo fundamental a rápida e correta tomada de decisão (Meyer & Lavin, 2005; Tanner, 2006).

No que diz respeito à gestão e controlo da dor na PSC, procurei numa primeira fase saber qual o protocolo da dor em vigor e as escalas aplicadas. Percebi que a utilização da *Behavioural Pain Scale* (BPS), para doentes ventilados, não era uma prática comum, mesmo quando era recomendada, apesar de estar parametrizada no sistema de registo em vigor no serviço. Por outro lado, a utilização das escalas numérica e de faces, sendo escalas de autorrelato, nem sempre eram utilizadas de forma ajustada à condição do doente. Assim, procurei participar, sensibilizar a equipa de enfermagem para a prestação de cuidados à PSC com dor, impossibilitada de verbalizar o seu nível de dor pela condição clínica vigente, integrando nas minhas intervenções às práticas recomendadas, suportadas pela evidência científica. Proporcionei diversos momentos de formação informal aos pares, dando a conhecer a existência desta escala, a sua aplicação e a importância do registo sistemático quando aplicável, em local próprio, reforçando que a gestão da dor deve ser individualizada e que os enfermeiros devem conhecer as ferramentas estruturadas, validadas, viáveis e aplicáveis à avaliação e monitorização da dor no doente crítico, uma vez que, a avaliação sistematizada e sistemática do dor, promove o conforto e estabilidade do doente e melhora o prognóstico (Circular Normativa n.º 9/2003, 2003; Couto et al., 2005; Pinho, 2020a; Swearingen & Keen, 2003; Teixeira & Silva, 2023).

Pude constatar o efetivo trabalho de equipa multidisciplinar na gestão e controlo da dor, em particular em doentes vítimas de trauma, em que a referência à equipa de anestesia é feita essencialmente por enfermeiros, tendo tido oportunidade

de fazer essa mesma referenciação. Em conjunto, avaliamos o doente e ajustou-se o esquema terapêutico às necessidades individuais, passando muitas vezes pela colocação de cateteres loco-regionais e administração de terapêutica analgésica contínua, permitindo melhorar o conforto do doente e consequentemente, a sua estabilidade. Tive oportunidade de colaborar na colocação de cateteres, titular e monitorizar os protocolos analgésicos prescritos, procedendo ao respetivo registo em local próprio (Pinho, 2020b; Teixeira & Silva, 2023).

Faz todo o sentido que os enfermeiros tenham um papel preponderante na referenciação dos doentes para outros profissionais, uma vez que são habitualmente os primeiros a detetar sinais de deterioração do estado do doente, concretamente nos doentes que se encontram no serviço (Meyer & Lavin, 2005). Assim, o enfermeiro mestre e especialista consegue diagnosticar as necessidades de cada pessoa, reconhecer a equipa de que dispõem para as colmatar, assim como gerir os recursos à sua disposição, sendo também responsáveis pela supervisão/reavaliação da resolução da situação (Benner, 2005; Tanner, 2006).

No SU tive oportunidade de detetar indicadores fisiológicos e comportamentais sugestivos de dor, em particular no doente vítima de trauma, solicitando analgesia com opióides, e em alguns casos, em que houve necessidade de redução de fraturas expostas pelo ortopedista, foi solicitada a colaboração da anestesia para uma sedação profunda, de forma a obter uma maior facilidade no tratamento e melhores resultados para o doente, contribuindo assim para a melhoria e segurança dos cuidados prestados (Couto et al., 2005; Killeen & King, 2007; Meyer & Lavin, 2005; Pinho, 2020a).

Perante cenários de grande imprevisibilidade de evolução rápida, a capacidade do enfermeiro em estabelecer uma relação de confiança com o doente/família num curto espaço de tempo, desenvolvendo competências de negociação e compromisso no sentido de os envolver como parceiros de cuidados nas decisões clínicas, torna-se fundamental. Deste modo, o envolvimento da família permite a colheita de informações que complementam o histórico saúde-doença do doente (muitas vezes incapaz de comunicar) elevando o bem-estar de ambos, pelo sentimento de maior tranquilidade e envolvimento nos cuidados (Benner, 2005; Lopes et al., 2016).

Ao longo do estágio tive a preocupação de identificar o familiar mais próximo e envolvê-lo na situação de cuidados, adaptando a comunicação à complexidade do

estado de saúde do doente, criando uma relação terapêutica com a doente/família. Lembro-me de um doente de 40 anos, que deu entrada na sala de reanimação vítima de acidente de viação, com traumatismo cranioencefálico grave, sedado e ventilado, com prognóstico reservado, segundo informação transmitida pela equipa de pré-hospitalar. Passados uns minutos, a esposa recorre ao SU para saber notícias do marido. Estava num estado de ansiedade, verbalizava que lhe tinham ligado a informar que o marido tinha tido um acidente e estava no hospital. Apresentava dificuldade em expressar as suas angústias, necessidades, verbalizava apenas que tinha dois filhos menores, que estava sem trabalho, e que o marido era o único sustento e que não percebia o que estava a acontecer. Aqui, foi preponderante informar, mas também escutar e apoiar (Mendes, 2018; Pinho, 2020b).

À medida que fui ganhando espaço na equipa multidisciplinar, assumi um papel ativo nessa mesma abordagem, solicitando informações relevantes para o processo do cuidar, nomeadamente: estado prévio de saúde-doença do doente, antecedentes pessoais, grau de dependência nos autocuidados, história de dor, existência de manifestações antecipadas de vontade em relação à prestação de cuidados, entre outros. Também mostrei sempre disponibilidade para esclarecimento de questões e dúvidas, mesmo em situações em que o desfecho não foi o mais favorável, através de uma escuta ativa, ouvindo e estando nesses momentos de sofrimento e ansiedade e sempre que possível, proporcionando um ambiente acolhedor, através da abordagem em local próprio existente no serviço, tal como no exemplo referido anteriormente. O enfermeiro, perante situações de fim de vida, em que não há nada mais a fazer do que proporcionar uma morte digna, deve encontrar meios de reconfortar o doente e a família, em que o conforto é mais do que a ausência de dor ou incómodos físicos; é a satisfação das necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência, quer no contexto físico, quer nos contextos psíquico, sociocultural e ambiental (Benner, 2005; Bice & Kolcaba, 2020; Kolcaba, 2003). De acordo com Kolcaba (2003), existem três tipos de intervenções de conforto: *technical* que passam por administrar medicamentos, monitorização, as de *coaching* são as de apoio, tranquilização, escuta ativa, encaminhamento para outros elementos da equipa multidisciplinar e por fim as intervenções de *comfort food de soul*, que são técnicas holísticas, como a massagem e a imaginação guiada (Bice & Kolcaba, 2020). Estas duas últimas intervenções são

asseguradas essencialmente pelo enfermeiro perito (Benner, 2005) e são as mais recordadas positivamente pelo doente e família (Bice & Kolcaba, 2020). Assim, no SU, as intervenções de conforto que tive oportunidade de efetuar foram as *technical* e as de *coaching*, ainda que houvesse sempre a preocupação de colocar o doente numa posição de conforto, através da massagem a alternância de decúbitos.

Uma outra situação que me deparei por diversas vezes ao longo do estágio e tive oportunidade de participar ativamente, foi no transporte intra-hospitalar de doentes para a realização de tomografia computadorizada (TC), para a sala de hemodinâmica e para a UCI, situações que exigem grande responsabilidade do enfermeiro. De acordo com Knight et al., (2015) o transporte intra-hospitalar do doente crítico é definido como a deslocação de doente de um espaço físico para outro dentro da mesma instituição de saúde e deve ser idealmente realizado por um enfermeiro com experiência em reanimação e treino nesta área, devendo ser antecipadas as complicações possíveis, de forma a manter o nível e a qualidade dos cuidados prestados durante o transporte. Nos transportes do doente crítico que efetuei com o enfermeiro orientador, participei de forma ativa desde a decisão, planeamento até à sua efetivação. Houve sempre um contato prévio do serviço recetor, e a preparação do material/fármacos e condições necessárias para efetivar o mesmo, tal como: assegurar as perfusões em quantidade suficiente de acordo com as necessidades do doente, garantia da existência de uma mala de emergência que comporta todo o material necessário para uma situação de emergência para acompanhar os doentes nestas circunstâncias, fixação de todos os cateteres e drenos e existência de oxigénio em níveis adequados (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos, 2008).

Um outro aspeto que considero relevante para a qualidade e segurança dos cuidados prestados ao doente crítico é a comunicação e o trabalho de equipa. Através de entrevistas informais com o enfermeiro gestor e o enfermeiro orientador, procurei saber de que forma poderia participar no sentido de melhoria da qualidade dos cuidados. Atendendo à grande rotatividade das equipas de enfermeiros, à incorporação de enfermeiros recém-licenciados, e ao facto de não existir um método estruturado de transmissão de informação nos momentos de transição de cuidados, pelo que o tema da comunicação eficaz na transição de cuidados como promotora da continuidade dos cuidados e da segurança do doente, surge como temática a desenvolver. Para a

conceção da formação, muito contribuiu a RIL sobre as estratégias de comunicação a utilizar pela equipa para garantir uma transição segura de cuidados à PSC, cujo protocolo se encontra em apêndice (Apêndice I).

Numa fase inicial, delineei o plano de sessão sobre o tema - Comunicação eficaz na transição de cuidados-, cujo plano de sessão se encontra em apêndice (Apêndice IV), seguindo-se a construção da apresentação propriamente dita. A sessão de formação decorreu em diferentes momentos formativos de forma a abranger o maior número de enfermeiros que integram o serviço. No final de cada sessão foi distribuído pelos participantes um inquérito de satisfação da formação que consta em apêndice (Apêndice V) e posteriormente esses resultados culminaram num relatório de avaliação da sessão (Apêndice VI). De destacar que a maioria dos participantes considerou relevante a formação para o seu contexto e prática profissional, contribuindo desta forma para a atualização de conhecimentos e utilização de estratégias para minimizar o erro e os eventos adversos que podem ocorrer durante os momentos de transição de cuidados decorrentes de falhas de comunicação. Enquanto estudante de mestrado e formadora, penso ter contribuído para a melhoria contínua na qualidade dos cuidados, no sentido de ter contribuído para a sensibilização dos pares para a implementação de práticas promotoras da qualidade dos cuidados, melhorando também a minha capacidade de transmissão da informação e técnicas de comunicação em equipa (Decreto- Lei 65/2018, 2018).

Pode assim dizer-se que o enfermeiro assume um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte para a melhoria contínua da qualidade nos cuidados, tendo por base os enunciados descritivos dos padrões de qualidade da sua profissão, sendo eles: a satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados de saúde e prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde (Regulamento nº 361/2015, 2015).

Nos últimos anos, os níveis de satisfação do doente têm sido apontados como um dos principais indicadores da qualidade do atendimento. Reportando a satisfação do doente como uma das áreas sensíveis aos cuidados especializados de enfermagem na área da PSC, o enfermeiro procura assim os mais elevados níveis de satisfação da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica,

através da intervenção precisa, em tempo útil e de forma holística, fazendo a gestão da comunicação interpessoal e da informação através do uso de técnicas de comunicação facilitadoras da relação terapêutica em pessoas em situação crítica (Digosis, 2017; Killeen & King, 2007; King, 1981; Lopes et al., 2021; Meyer & Lavin, 2005; Müller et al., 2018; Regulamento nº 361/2015, 2015; Shahrami et al., 2019).

Um outro aspeto positivo ao longo deste percurso foi ter como enfermeiro orientador um elemento de gestão no serviço, permitindo-me assim desenvolver competências também na área da gestão. Tive oportunidade de observar e colaborar na distribuição dos recursos humanos pelos diferentes setores da urgência de acordo com as necessidades vigentes em cada setor e atendendo à afluência de doentes e visão global de todo o serviço.

A dotação adequada de enfermeiros deve ter em consideração, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, sendo estes, aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população-alvo e para as organizações. Preconiza-se que 50% dos enfermeiros sejam enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da PSC, com formação em SAV em permanência nas 24h. De salientar que os enfermeiros que asseguram o posto de trabalho da sala de emergência e que são coordenadores funcionais de turno, preferencialmente devem ser especialistas na área anteriormente referida (Regulamento n.º 743/2019, 2019).

Tive oportunidade de participar e colaborar em algumas das funções inerentes à área da gestão em enfermagem, como a requisição e reposição de consumíveis para todos os setores do SU. Quando estive nos setores- sala de emergência e laranjas-, tive a oportunidade de efetuar a requisição de todo material e consumíveis necessários ao bom funcionamento das práticas diárias. Foi possível verificar através de uma *checklist*, a existência de todo o material necessário no carro de apoio à colocação de CVC, linha arterial, dreno torácico, proceder à verificação da operacionalidade de todo equipamento existente nas salas de emergência (desfibrilhadores, ventiladores, seringas infusoras) e efetuar o seu registo em documento próprio. Foi possível perceber o funcionamento do sistema *Kanban*, em que se caracteriza por um sistema de gestão de *stocks* cujo objetivo é evitar a falta ou o excesso de *stocks*, melhorando a eficiência na gestão de recursos consumíveis (Martins, 2018).

A gestão de recursos é um elemento essencial dos serviços que privilegiam a segurança e a qualidade dos cuidados. Dotações inadequadas de recursos estão associadas a um aumento de eventos adversos, como quedas de doentes, úlceras de pressão, erros de medicação, infeções hospitalares e aumento da taxa de mortalidade (International Council of Nurses, 2019b).

Também participei na coordenação do SO que ficava sob a responsabilidade do elemento mais antigo do serviço, preferencialmente um enfermeiro especialista, em que tive oportunidade de colaborar na distribuição dos doentes pelos respetivos enfermeiros, assistir à passagem de turno, convocar os enfermeiros para acompanhamento de doentes para transferência inter ou intra-hospitalar, de acordo com o Procedimento Operativo- Transferência Externa de doentes com Acompanhamento de Enfermagem -. Contactei quando necessário os serviços de apoio (farmácia, informática, serviço de instalações e equipamentos), confirmei a operacionalidade dos equipamentos e supervisionei a utilização e reposição do material, todas estas atividades em colaboração estrita com o meu orientador e que constituíram momentos de aprendizagem e crescimento profissional e pessoal nesta área de competência. Também a gestão das visitas fica a cargo do enfermeiro coordenador do SO, por isso, tive oportunidade de participar e gerir as visitas aos doentes internados. Considero ter sido um momento ideal para envolver a família/cuidador no processo de saúde-doença, contribuindo para a construção de uma relação terapêutica e envolvimento do doente e família na tomada de decisão relativa à sua condição de doença (Benner, 2005; Mendes, 2018; Tanner, 2006).

Percebemos que para que haja uma prestação de cuidados contínuos e seguros durante 24h é fundamental uma coordenação eficaz e trabalho em equipa (Benner, 2005).

Procurei também desenvolver competências que maximizassem a intervenção na prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica. As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são infeções adquiridas pelos doentes, decorrentes da prestação de cuidados direta por profissionais, que muitas vezes, também são afetados pela existência das mesmas . As IACS são uma preocupação a nível mundial. Estima-se que na Europa ocorram 37000 mortes por ano atribuídas a IACS e têm influência em mais de 110000 mortes. Estudos

internacionais revelam que cerca de um terço das infeções adquiridas em contexto de prestação de cuidados são evitáveis (Ministério da Saúde, 2017a).

No contexto de SU, dada a necessidade de ação rápida e atempada em situações complexas, os doentes tornam-se vulneráveis às múltiplas infeções que podem adquirir, decorrentes da prestação de cuidados, devido a procedimentos invasivos, a terapêutica antibiótica agressiva ou imunossupressora e aos internamentos subsequentes em unidades de cuidados intensivos (Ministério da Saúde, 2017a).

Durante o estágio prestei cuidados de enfermagem atendendo às medidas de prevenção e controlo da infeção adequadas ao contexto. Neste contexto, foi possível consultar as normas e protocolos existentes, bem como os projetos na instituição relativos à lavagem e desinfeção das mãos, uso de equipamento de proteção individual adequado a cada situação, prevenção da infeção relacionada com cateteres vasculares e prevenção da infeção urinária em doentes algaliados. Procurei que as minhas intervenções fossem ao encontro das boas práticas inerentes ao controlo de infeção, tendo um papel ativo dentro da equipa, na sensibilização e adoção das melhores práticas, quer na execução da técnica de lavagem das mãos, na utilização de equipamentos de proteção individual de forma correta e adequada a cada situação, bem como no cumprimento dos princípios de controlo da transmissão de infeção, onde procurei fazer a identificação precoce, estabelecer barreiras de propagação de infeção com a implementação dos isolamentos adequados. Nesta temática o enfermeiro especialista deve ser uma referência dentro da equipa multidisciplinar na formação, disseminação das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) e na monitorização do seu cumprimento através de auditorias, no sentido de promover: a utilização racional dos equipamentos de proteção individual, a higienização das mãos nos momentos preconizados, a etiqueta respiratória, a escolha do local para o doente com risco acrescido de transmissão cruzada, a descontaminação do equipamento clínico, o controlo ambiental, manuseamento seguro da roupa, eliminação correta de resíduos, a preparação segura de injetáveis e o controlo de exposição a agentes microbianos no local de trabalho (Norma n.º 007/2020, 2020; Norma n.º 029/2012, 2013).

Relativamente às competências do enfermeiro em situações de exceção, emergência e catástrofe, o enfermeiro especialista atua de forma pronta e sistematizada, concebendo, planeando e gerindo a resposta de forma eficaz e eficiente

perante tais situações (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Em contexto nacional, as situações com maior incidência são as de exceção, apesar de não existir até ao momento enquadramento legal para este conceito, ainda que, o Instituto Nacional de Emergência Médica (2012) o defina como sendo uma situação pontual ou sustentada, em que existe um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis, sendo então necessária uma gestão criteriosa de recursos.

O SU é a primeira linha de resposta em saúde na comunidade, ainda que eles próprios estejam sujeitos a ameaças que podem comprometer a resposta assistencial. A vulnerabilidade existente perante a ocorrência de fenómenos acidentais, naturais e tecnológicos, torna crucial a definição de um plano de ação, pelo que a Direção-Geral da Saúde (2010) recomendou a todas as unidades do Sistema Nacional de Saúde a elaboração de um Plano de Emergência Externo e Interno para responder de forma sistemática e integrada a qualquer tipo de situação de exceção, tal como anteriormente referido.

Durante o estágio vivenciei por diversas vezes situações de exceção em que as necessidades excediam os recursos disponíveis. Para a melhor gestão de tais situações foi fundamental a reunião informal com o enfermeiro gestor e com um enfermeiro perito na área, em que foi possível discutir de que forma o Plano de Emergência estava estruturado, quem ativa em caso de necessidade e o papel de cada elemento do serviço, concretamente do enfermeiro. O plano foi recentemente revisto, reúne um conjunto de normas e procedimentos, permitindo otimizar os recursos humanos e materiais, garantindo a resposta do próprio serviço e Instituição, reduzindo ao mínimo as consequências provocadas por qualquer situação de exceção. Recorreu-se também à consulta do Plano de Emergência Externo da Instituição cujo objetivo primordial é garantir uma resposta eficaz em caso de afluxo maciço de vítimas ao SU diminuindo a sua mortalidade e morbilidade, de acordo com os diferentes níveis de ativação (Orientação n.º 007/2010, 2010).

Em suma, em situações de emergência, exceção e catástrofe, pilares como: a organização, treino e planeamento são fundamentais para a minimização do dano. O enfermeiro especialista tem no domínio das suas competências a conceção de planos institucionais e a liderança da resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas (International Council of Nurses, 2009; Regulamento n.º 361/2015, 2015).

Durante este estágio foi possível reconhecer as minhas necessidades de aprendizagem, em contato com a prática, desenvolver e/ou otimizar os conhecimentos que me permitiram identificar e resolver problemas inerentes à minha prática profissional, desenvolvendo soluções para questões complexas, recorrendo à prática reflexiva e baseada na evidência científica para a tomada de decisão informada, garantindo a qualidade e a segurança dos cuidados prestados à PSC e família. Assim, foi possível desenvolver as seguintes competências de mestre e especialista neste contexto: a prestação de cuidados especializados à PSC, prevenção de complicações, gestão da dor, prevenção e controlo de infeção, gestão dos cuidados, habilidades comunicacionais e competências de julgamento clínico e tomada de decisão sustentada na evidência científica (Benner, 2005; Decreto- Lei 65/2018, 2018; Regulamento n.º 429/2018, 2018; Tanner, 2006).

2.2. Unidade de Cuidados Intensivos

As UCI são serviços onde se aborda a prevenção, diagnóstico e o tratamento de doentes em condições fisiopatológicas que ameaçam ou apresentam falência de uma ou mais funções vitais que são potencialmente reversíveis, proporcionando oportunidade para uma vida futura com qualidade. São responsáveis por todas as decisões referentes aos doentes que lhe são confiados, nomeadamente critérios de admissão e alta, planificação e hierarquização de tratamentos e definição dos limites éticos de intervenção terapêutica, sem prejuízo da necessária articulação com outros profissionais implicados no tratamento do doente e sem esquecer a participação do doente, família/cuidador na definição da estratégia terapêutica (Benner et al., 2011). Estima-se que as UCI são atualmente responsáveis por cerca de 13,4% do total dos custos hospitalares, cerca de 4,1% dos gastos nacionais em saúde (Benner et al., 2011; Ministério da Saúde, 2013, 2017b).

O internamento em UCI é por definição um tempo transitório para alguns doentes em risco de vida, devendo ser entendido como parte de um processo e não um fim em si mesmo. Pressupõem uma equipa multidisciplinar em contacto permanente, cuja vigilância, competência e motivação constituem um desafio constante. As UCI devem ser dotadas de recursos humanos qualificados e treinados para manusear as

situações que lhe são confiadas, com a tecnologia que dispõem, 24 horas por dia, 7 dias por semana (Direção-Geral da Saúde, 2003; Ministério da Saúde, 2017b).

Na unidade onde decorreu o estágio, coexistem dois dos três níveis de classificação adotada pela Sociedade Europeia de Medicina Intensiva, 11 camas nível II e 7 nível III, em que as camas de nível III são destinadas a doentes com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais, potencialmente ameaçadoras da vida e portanto necessitando de duas ou mais formas de suporte orgânico, enquanto que as camas de nível II são destinadas a doentes que necessitam de monitorização hemodinâmica e de suporte de apenas uma função orgânica, não requerendo ventilação mecânica invasiva (Ministério da Saúde, 2017b).

O estágio na UCI teve a duração de 10 semanas, entre 29 de novembro e 30 de janeiro com a duração de 250 horas.

Relativamente a este contexto, foram estabelecidos como objetivos gerais:

- desenvolver competências especializadas de enfermagem na abordagem à PSC em contexto de UCI;
- desenvolver competências especializadas de enfermagem na comunicação durante a transição de cuidados relativos à PSC e família na UCI.

Atendendo a estes objetivos gerais, foram estabelecidos objetivos específicos, atividades para a sua concretização e indicadores de resultado, que constam em apêndice (Apêndice VII) e que refletem o planeamento do processo de aquisição de competências neste contexto.

Atendendo a que não tinha experiência em doente crítico em contexto de UCI, foi discutido e decidido com a orientadora que preferencialmente iria prestar cuidados de enfermagem a doentes de nível III, constituindo esta decisão uma estratégia promotora do desenvolvimento de competências especializadas na abordagem à PSC e família nesta área (Ministério da Saúde, 2017b).

Numa primeira fase, procurei conhecer a dinâmica de organização e funcionamento da UCI, através da consulta de normas e procedimentos do serviço. Para tal foi fundamental a consulta do material disponível numa pasta partilhada do serviço, disponível em qualquer computador da unidade, onde constam todas as instruções de trabalho relativas aos procedimentos efetuados na unidade, o que se tornou numa

ferramenta bastante útil para a minha integração na equipa e dinâmica de trabalho nos diferentes turnos: manhã e noite. Ao longo dos primeiros dias foi ainda possível realizar uma visita guiada à unidade para conhecer a disposição do material clínico, bem como desenvolver e mobilizar conhecimentos para a utilização dos programas informáticos que servem de apoio à prática clínica em particular à Enfermagem. Estes tomam particular relevo na medida em que permitem dar maior visibilidade aos cuidados de enfermagem, tendo um papel importante na continuidade dos cuidados, visando assegurar a uniformização do sistema de registos, traduzindo a importância que os registos de enfermagem têm nas decisões clínicas (Fernandes & Tareco, 2016; Tanner, 2006). O sistema de registos implementado na unidade é o *BSimple*, trata-se de uma plataforma que constitui a base de trabalho diário de enfermagem e médico onde constam todos os registos do doente, assim como o plano de cuidados estabelecido de forma personalizada e adaptada a cada doente. Assegura a interoperabilidade de dados, funciona como integrador de informação que reúne numa só aplicação os dados obtidos através de dispositivos médicos (monitores, ventiladores, bombas infusoras), dados laboratoriais e dados clínicos, registados ao longo do internamento do doente, dado o seu poder agregador de informação relativa ao doente, pelo que é facilitador para os profissionais na tomada de decisão (Fernandes & Tareco, 2016; Locsin, 2017; Tanner, 2006). Também neste contexto sendo o primeiro contato com a plataforma, foi essencial a colaboração da orientadora na apropriação desta tecnologia.

Um outro aspeto a considerar e que se constituiu como fator facilitador na integração ao serviço, foi o facto da UCI ser acreditada pela Joint Commission International, o que exige por parte da instituição um compromisso no cumprimento de um conjunto de padrões de excelência com o objetivo de alcançarem melhorias na segurança e na qualidade dos cuidados (The Joint Commission, 2023). Tal exige um empenho acrescido das equipas, através da utilização de um método de trabalho sistematizado, que vai ao encontro da redução dos riscos a que estão expostos os doentes e os profissionais. Dadas estas exigências, os procedimentos são: rigorosos e protocolados, diminuindo o risco de erro; o circuito dos fármacos é controlado e monitorizado; o doente é um interveniente direto no seu tratamento; são utilizados mecanismos apropriados, com o intuito de assegurar que os cuidados médicos são prestados ao doente correto; existem procedimentos rigorosos e de controlo de

infecção; todos os profissionais são altamente qualificados e com competências reconhecidas nas respetivas áreas do saber. Existem protocolos e procedimentos para os mais diversos procedimentos efetuados na UCI, colocação CVC, prevenção da pneumonia associada à intubação (PAI), colocação de linha arterial, colocação do dente em decúbito ventral, monitorização invasiva com diversos dispositivos (PICCO, *Vigileo*, entre outros) (Norma n.º 021/2015, 2022; Norma n.º 022/2015, 2022; Sampaio, 2020). Os doentes estão identificados com pulseira, de acordo com as orientações da Direção-Geral da Saúde (Orientação n.º 018/2011, 2011), o que garante a prestação de cuidados ao doente certo. O circuito do medicamento é devidamente controlado e monitorizado através do *Pharmatrac*, sendo cumpridos todos os requisitos no que diz respeito aos 5 momentos na administração segura do medicamento e o mesmo se verifica na validação e administração de componentes sanguíneos através do *Btrac* e quando se trata de colheita de espécimes, são validadas através do *Labtrac* (Deus & Trindade, 2021; Norma n.º 014/2015, 2015; Norma n.º 011/2018, 2018; Optimal Blood Use Project, 2010). No que diz respeito ao controlo de infeção, existem procedimentos rigorosos. Realço a colocação e manutenção do CVC e a prevenção da PAI, decorrentes de um projeto que o serviço integrou- STOP Infeção-, com os respetivos elos de ligação. Por tudo isto, o meu processo de integração na equipa multidisciplinar foi facilitado, através do fácil acesso à informação necessária que se encontra organizada e sistematizada, devidamente fundamentada e baseada na melhor evidência científica, com objetivo *major* de prestar cuidados de excelência, seguros e de qualidade (Decreto-Lei 65/2018, 2018; Regulamento n.º 429/2018, 2018; Regulamento n.º 361/2015, 2015).

Prestei cuidados a doentes em situações de doença crónica agudizada, que os colocava em situação crítica, com falência de órgãos, com necessidade de vigilância e monitorização contínuas, bem como necessidade de meios avançados de terapêutica de suporte das suas funções vitais e na prevenção de complicações (Direção-Geral da Saúde, 2003; Regulamento n.º 429/2018, 2018). Ao longo do meu estágio prestei sempre cuidados a doentes sob ventilação mecânica invasiva (VMI), na maioria das vezes sob drogas vasoativas, analgosedados no sentido de manter as suas funções vitais compatíveis com a vida (Couto et al., 2005; Pinho, 2020a; Swearingen & Keen, 2003).

A abordagem à PSC teve sempre uma lógica de prioridades de ABCDE, atuando de forma antecipatória, fazendo uma adequada gestão do tempo e prioridades de

acordo com a condição clínica dos doentes, os recursos humanos e materiais disponíveis, colaborar na gestão de protocolos de atuação complexos, como protocolos de analgosedação, controlo de glicémia, administração de hemoderivados (manuseamento do sistema de verificação de compatibilidade entre o sangue do doente e o administrado- *Btrac*), colaborar na realização de técnicas, como a colocação de traqueostomia, colocação de CVC, linha arterial, entre outros. Desta forma, tal como no contexto de urgência, tornou-se fundamental mobilizar os conhecimentos adquiridos nos cursos de SAV e ATCN, nas unidades curriculares de semestres anteriores bem como participação nas - Jornadas de Reflexão do Serviço de Medicina Intensiva do CHTS- , cujo certificado se encontra em anexo (Anexo V), visando a implementação de intervenções especializadas na estabilização e tratamento destes doentes (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2020; Society of Trauma Nurses, 2018).

Destaco a importância do agir de forma antecipada, tendo em conta a deteção precoce de riscos e problemas potenciais da PSC, através da vigilância e monitorização permanente do doente, com recurso à tecnologia disponível. Para isto muito contribuiu os diversos momentos de *brainstorming* com a minha orientadora, onde refletimos sobre todos os aspetos relacionados com as necessidades potenciais do doente e como atuar sobre elas, tendo em vista a otimização das práticas. Neste contexto, o enfermeiro deve valorizar a componente tecnológica como um meio e não um fim em si mesma, por forma a prestar cuidados individualizados, num mundo de alta tecnologia, com a qual a prática de enfermagem se confronta todos os dias (Locsin, 2017). Para que tudo isto fosse possível a minha capacidade de vigiar, exigiu da minha parte um estado de alerta constante na avaliação contínua, analisando a informação, reagindo e intervindo de forma adequada e em tempo útil, com base no conhecimento e reconhecimento precoce de complicações. Este processo evidencia as intervenções de enfermagem autónomas ou interdependentes bem como a comunicação e mobilização da equipa interdisciplinar, uma vez que os enfermeiros devem conseguir detetar e comunicar alterações que ultrapassem a sua esfera de competência (Benner, 2005; Meyer & Lavin, 2005).

Durante este percurso de aprendizagem saliento a multiplicidade de equipamentos que existiam na unidade com os quais não estava familiarizada, nomeadamente os sistemas de monitorização invasiva (PICCO, *Vigileo*), avaliação da

temperatura central através do termómetro esofágico, o cateter balão esofágico em doentes sob VMI e o equipamento para realização de hemodiálise intermitente através do equipamento *multiFiltrate* ou *prismaflex* (Gambro, 2015; Pinheiro & Madureira, 2020a). Durante o ensino clínico tive oportunidade de realizar a manutenção dos dispositivos e explorar as suas funcionalidades, assim como, a sua importância na vigilância da PSC, considerando-os como um meio e não um fim em si mesmo, para prestar cuidados individualizados, ajustando-os às necessidades doente. Apesar da tecnologia disponível que me dava toda a informação sobre a monitorização do doente, foi necessário a mobilização de conhecimentos para a atribuição de um significado no contexto, uma vez que não tinha experiência nesta área, por forma a efetuar o diagnóstico de enfermagem e planear as intervenções necessárias a cada situação clínica, agindo de forma rápida e atempada no sentido de maximizar os resultados pretendidos. Assim se traduz a vigilância profissional, sendo esta baseada no conhecimento de enfermagem, um pré-requisito para a ação e a tomada de decisão informadas, contribuindo desta forma para redução do erro envolvendo a pessoa e a família no próprio cuidar (Ajri-Khameslou et al., 2021; Henneman et al., 2012; Locsin, 2013, 2017; Meyer & Lavin, 2005; Sampaio, 2020; Tanner, 2006).

Para a consolidação de conhecimentos foi fundamental a realização de um estudo de caso relativo a uma situação clínica vivida na prática profissional, sobre a temática de uma pessoa com Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda (SDRA) em contexto de uma pneumonia com necessidade de VMI. Permitiu-me refletir sobre a ação de uma forma mais completa e sistematizada/integradora, constituindo-se como uma das estratégias de aprendizagem de grande relevância, na aquisição de competências e aptidões na intervenção sistémica e sistematizada na manutenção de funções básicas de vida, prevenção de complicações e maximização do bem-estar, conforto e qualidade de vida (Regulamento n.º 429/2018, 2018), potenciado pelo raciocínio clínico na avaliação diagnóstica, no enunciado de intervenções e na avaliação dos resultados. Para tal, a mobilização de conhecimentos adquiridos sobre o processo de enfermagem (Doenges et al., 2013) foi de extrema utilidade, pois permitiu organizar o pensamento profissional orientado para a tomada de decisão e resolução de problemas, permitindo a prestação de cuidados individualizados e de qualidade.

Uma situação que se constituiu de grande valor e aprendizagem, foi uma PSC com necessidade de ser submetida a técnica de substituição renal, num contexto de edema agudo do pulmão com crise hipertensiva, uma vez que foi o meu primeiro contato com uma PSC com necessidade desta técnica. Foi fundamental a experiência da minha orientadora nesta área, pois contribuiu de forma construtiva para a minha aprendizagem, desde a organização de todo o material necessário, à técnica, à partilha de conhecimento sobre os princípios de funcionamento do equipamento, a preparação psicológica do doente, solicitando a sua colaboração no processo do cuidar, como elemento ativo. Tive necessidade de pesquisar o que a evidência nos diz sobre esta temática em doentes na UCI, sendo considerada uma situação frequente em doentes com falência multiorgânica, associada a elevadas taxas de mortalidade (Pinheiro & Madureira, 2020b; Swearingen & Keen, 2003).

Também uma das minhas preocupações foi a de como comunicar com o doente ventilado, que está analgosedado. No início, questionava-me se deveria falar ou não com o doente, pelo que esta minha interrogação foi alvo de reflexão com a minha orientadora e através da realização de um jornal de aprendizagem, para aprofundar conhecimentos relativos à temática sobre quais as estratégias que deveria utilizar na manutenção de uma comunicação eficaz com o doente ventilado. Todos os doentes aos quais prestei cuidados ficaram temporariamente impedidos de comunicar de forma verbal. Uma das primeiras abordagens era a de avaliar o estado de consciência do doente e a sua capacidade de comunicar, no sentido de potenciar ao máximo as suas capacidades. Em seguida, tive sempre o cuidado de me apresentar, transmitir de forma pausada e calma o que iria fazer e tentar perceber se o doente tinha compreendido, tendo muitas das vezes de utilizar a comunicação não verbal, através de gestos, expressões faciais. Foi fundamental o recurso a equipamentos/técnicas de comunicação, tais como uma prancha de comunicação disponível no serviço, em que com a colaboração da minha orientadora foi utilizada em algumas circunstâncias, com sucesso. Também havia sempre o compromisso e esforço da equipa de enfermagem em manter um ambiente calmo e livre de ruído, favorecendo a comunicação com o doente. De realçar que o estabelecimento de uma comunicação eficaz entre a pessoa, família/cuidador é essencial na melhoria dos cuidados prestados, satisfação da pessoa ventilada, alívio do sofrimento e promoção da tomada de decisão da pessoa (Carruthers

et al., 2017; Dithole et al., 2017; Locsin, 2013). Tive oportunidade de partilhar alguns artigos sobre a temática, nomeadamente sobre comunicação aumentativa e alternativa e as estratégias que se podem implementar nos serviços desta natureza, na melhoria da comunicação com os doentes que se vêm privados de comunicar verbalmente, nem que seja de forma transitória (Holm et al., 2020; Jansson et al., 2019; Sias et al., 2022). Através deste jornal de aprendizagem, foi possível otimizar o autoconhecimento, reconhecer os meus recursos e limites pessoais no sentido de responder de forma adequada às necessidades da pessoa em situação crítica, na construção de uma relação terapêutica de interajuda. Contribuiu desta forma para a identificação de lacunas no conhecimento, considerando uma oportunidade de investimento em termos de procura de evidência adequada, no sentido de prestar cuidados de qualidade e atuais (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Esta situação permitiu-me também desenvolver competências no cuidado à pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, demonstrando conhecimentos sobre técnicas de comunicação perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica, mostrando interesse por desenvolver estratégias facilitadoras da comunicação na pessoa com barreiras de comunicação, adaptar a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica, contribuindo para a construção de uma relação terapêutica, reconhecendo as transações da relação perante a pessoa com dificuldade em comunicar (Campos, 2017; Holm et al., 2020; Pina et al., 2020; Regulamento n.º 429/2018, 2018; Sias et al., 2022).

Tive a oportunidade de participar na organização e acompanhar doentes à realização de exames complementares de diagnóstico, dentro e fora do hospital, o que se constituiu um verdadeiro desafio. O transporte destes doentes tem alguns riscos, mas a sua realização justifica-se pela necessidade de facultar um nível assistencial superior ou para a realização de exames complementares de diagnóstico. No caso concreto acompanhei doentes a realizarem TC, tratando-se de um transporte intra-hospitalar, em que decorreu em diferentes fases: a decisão de ir realizar exame complementar de diagnóstico; planeamento em que é da responsabilidade do médico e enfermeiro que acompanha o doente, e por último a fase da efetivação (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos, 2008). O papel do

enfermeiro em todas as fases do processo de transporte foi central, tal como referido no subcapítulo anterior.

Também em relação à gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC, cabe ao enfermeiro mestre e especialista nesta área, a sua avaliação e atuação na prevenção e controlo, através de medidas farmacológicas e não farmacológicas, bem como o registo e transmissão de informação relevante nesta área nos momentos de transição de cuidados (Pinho, 2020a; Teixeira & Silva, 2023).

Durante o estágio, diversas foram as oportunidades de estar presente nos diferentes momentos em que a gestão da dor foi relevante. Ao longo do estágio avaliei a dor em todos os turnos e sempre que se justificou, no início do turno ou antes de qualquer procedimento doloroso, durante e depois do procedimento doloroso, após a intervenção farmacológica analgésica e não farmacológica, procedendo ao seu registo à semelhança de outros sinais vitais. Tive o cuidado de adequar a terapêutica analgésica quando eram efetuados procedimentos invasivos como por exemplo, colocação de CVC, traqueostomia, realização de penso, aspiração de secreções. Dado que os doentes a quem prestei cuidados não comunicavam verbalmente, tive de adequar as escalas de avaliação e monitorização da dor, das quais destaco a BPS, utilizada para doentes ventilados e com alteração de consciência/comunicação (Pinho, 2020a; Teixeira & Durão, 2016; Teixeira & Silva, 2023). Dada esta limitação na comunicação verbal, foi fundamental a minha preocupação na observação e valorização de outros indicadores de dor, quer comportamentais, quer fisiológicos no sentido de agir em conformidade (taquicardia, hipertensão, dessincronia pessoa/ventilador, estase gástrica), (Couto et al., 2005; European Society for Emergency Medicine, 2020; Pinho, 2020a; Swearingen & Keen, 2003). Um outro aspeto interessante foi o facto de que todos os doentes estarem analgesiados, através de terapêutica contínua e/ou em esquema, o que revela uma preocupação efetiva da equipa multidisciplinar no controlo da dor e a consciência de que os doentes em estado crítico sofrem de dor em consequência de situações patológicas, traumatismos, intervenções terapêuticas, procedimentos invasivos e não invasivos. Mesmo os doentes aparentemente inconscientes sofrem de dor e a experiência da dor é agravada pelo medo, e ansiedade e pelas barreiras à comunicação (Couto et al., 2005). Também neste contexto tive oportunidade de utilizar a escala *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS), amplamente utilizada por toda a equipa para

avaliar a qualidade e profundidade da sedação em doentes de UCI adultos, sendo que a sua utilização associada a protocolos de sedação que visam a utilização da menor sedação possível face à particularidade da pessoa/situação, melhora o prognóstico do doente internado em UCI, diminuindo o tempo de VMI, tempo de internamento em UCI e no hospital, da incidência do delírio e disfunção cognitiva a longo prazo. Em relação às intervenções não farmacológicas, existia uma preocupação com o controlo do ambiente envolvente, devendo o mesmo ser confortável ou adequado à situação clínica da pessoa, privilegiando-se a redução do ruído, a alternância de decúbitos como estratégia de conforto e alívio das zonas de pressão, proporcionando também uma hidratação adequada da pele, através da massagem com creme hidratante (Pinho, 2020a; Teixeira & Silva, 2023).

No contexto de UCI, a importância da família enquanto recurso e alvo de cuidados, tornou-se ainda mais evidente. Participei diversas vezes no acolhimento à família, na preparação para impacto da primeira visita ao familiar internado, a perceção das necessidades da família, mostrando total disponibilidade através da escuta ativa, comunicação assertiva e empatia. Sempre que possível a primeira visita era feita em equipa com o médico e enfermeiro responsável pelo doente, em que havia uma conversa prévia em sala própria, por forma a respeitar a privacidade e dignidade da família/cuidador também eles a vivenciar processos psicológicos, emocionais e físicos complexos. Estes momentos também se revelaram oportunos para promover a sua capacitação sobre cuidados e medidas de proteção individual quando aplicáveis. A família da PSC também ela sofre frequentemente alterações de papéis familiares, desencadeando mecanismos de *distress* associados a ambientes desconhecidos, incerteza, problemas económicos e medo da morte. A família na UCI procura interagir com os enfermeiros e dar sentido ao seu agir e entendimento, sendo que o enfermeiro é a peça angular no acolhimento quotidiano, deve estar presente e ser presente, prestar atenção e estar atento às particularidades, servindo neste contexto de suporte cognitivo e emocional de enorme significado (Mendes, 2018). Constituía-se como um momento crucial para estabelecer uma relação de proximidade com a família na descoberta das suas reais necessidades e de a envolver na apreciação da situação clínica e tomada de decisão (Tanner, 2006). Forneci informações sobre os cuidados diários e tratamentos, sobre a unidade, o funcionamento dos equipamentos, informei sobre o seu potencial de

envolvimento na prestação de cuidados e possibilidade de transferência. Também neste primeiro encontro com a família, prestei informações sobre lavagem das mãos, prevenção de infecção cruzada (manuseamento de equipamentos). Concedi esclarecimentos sobre o funcionamento geral da unidade (horários de visitas, número de visitas por doente, pedido de informações clínicas), tentando identificar o familiar de referência e colher informações necessárias para completar/complementar a avaliação inicial do doente, entendendo que a família, pode, numa fase transitória tornar-se o interlocutor do doente (Pinho, 2020a). Atendendo a que os familiares ao longo do internamento contactam com diferentes enfermeiros e não apenas com o enfermeiro de referência, o que seria o ideal, o fornecimento da informação deve ser adequado e ponderado, de forma a dar espaço para que surjam sentimentos de esperança e segurança (Pinho, 2020a). Assim, sempre que o doente tinha visitas, tal era devidamente registado em processo, assim como, as expectativas e sentimentos demonstrados pelos mesmos. Algumas destas informações eram de facto valiosas, mas muitas vezes não eram transmitidas nos momentos de transição de cuidados. Por isso procurei sensibilizar a equipa de enfermagem, integrando nas minhas intervenções as práticas recomendadas, suportadas pela evidencia científica disponível e sintetizada na RIL que realizei.

É importante referir que durante o estágio, na prestação de cuidados à PSC adotei sempre uma conduta responsável e ética, atuando sempre no sentido da proteção pelos direitos e interesses dos cidadãos (Ordem dos Enfermeiros, 2015a). A discussão em equipa foi fundamental quando confrontados com dilemas éticos. Neste sentido foram discutidos com a orientadora algumas questões relacionadas com a privacidade e confidencialidade da informação dos doentes, visitas e consentimento informado. Neste serviço existem procedimentos operativos relacionados com a intimidade e privacidade e consentimento informado, nomeadamente a utilização de cortinas aquando da prestação dos cuidados de higiene e na realização de procedimentos invasivos. No momento das visitas, era proporcionado aos familiares, dentro das limitações existentes, um ambiente acolhedor e privado (Norma n.º 015/2013, 2015; Pinho, 2020b). Na minha prática diária sempre fiz uso de todos os dispositivos existentes no serviço, no sentido de manter a privacidade e confidencialidade da PSC e família, desde a utilização de cortinados (que existiam em

todas as unidades do doente), aquando da prestação direta de cuidados, na colaboração em procedimentos invasivos, expondo só as partes do corpo que eram estritamente necessárias para a intervenção. Quando a família estava presente, tive sempre a preocupação de manter um ambiente acolhedor, livre de ruído, mostrando disponibilidade em prestar informações pertinentes, salvaguardando que eram envolvidos no plano terapêutico, utilizando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social da pessoa e família (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

Neste contexto existiu ainda um outro domínio sobre o qual tive oportunidade de refletir e aprofundar conhecimentos, o que proporcionou o desenvolvimento de competências com repercussão no meu exercício profissional, no âmbito da prevenção e controlo de infeção perante a PSC (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

A UCI em questão integrou um projeto financiado pela Fundação Calouste Gulbenkian – STOP Infeção Hospitalar – em 2014, cujo objetivo era diminuir em 50% as infeções adquiridas em 12 hospitais públicos ou em regime de Parcerias Público Privadas no período de 3 anos. Desde modo, os dois feixes de intervenção emanados na UCI, foram relativos ao CVC e PAI (Norma n.º 021/2015, 2022; Norma n.º 022/2015, 2022). Foi fundamental a consulta dos protocolos existentes no serviço em relação a estes dois feixes de intervenção para basear a minha prática na melhor evidência científica, contribuindo desta forma para a diminuição das IACS, aquando da prestação de cuidados aos doentes. Para além disso a minha prestação de cuidados teve sempre por base o cumprimento das normas e orientações em relação à utilização dos equipamentos de proteção individual atendendo ao risco de contaminação e suas vias de transmissão, evitando as infeções cruzadas (Pereira, 2020; Swearingen & Keen, 2003).

Saliento ainda a existência de outros programas de prevenção IACS como a lavagem das mãos, transversal a todos os serviços de saúde, e também ele sujeito a auditorias internas periódicas, com sessões de treino para todos os profissionais na técnica de lavagem/desinfeção das mãos e na identificação e consciencialização dos 5 momentos-chave (Norma n.º 007/2019, 2019).

O enfermeiro especialista deve ser uma referência dentro da equipa multidisciplinar na formação, disseminação das PBCI e a monitorização do seu cumprimento através de auditorias. Durante o estágio fui elemento ativo na

sensibilização e capacitação da restante equipa em relação à correta utilização dos equipamentos de proteção individual e de forma racional, na higienização das mãos nos momentos preconizados. Participei ativamente e de forma construtiva no circuito do doente com risco acrescido de transmissão cruzada, assim como, na altura da prestação direta de cuidados, quando tinha mais do que um doente atribuído, tendo sempre por base a estabilidade e a necessidade de cuidados. Também nos momentos da alta dos doentes, participei na supervisão e verificação da descontaminação do equipamento clínico e unidade do doente, procedendo ao preenchimento da respetiva *checklist* de verificação (Norma n.o 029/2012, 2013).

Ainda neste percurso tive oportunidade de utilizar um instrumento de gestão que avalia a carga de trabalho de enfermagem, o *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS). A aplicação deste instrumento era realizada no turno da noite, pelo enfermeiro responsável pelo doente de forma informatizada, e que faz uma revisão retrospectiva para os dados referentes às últimas 24 horas, traduzindo assim a carga de trabalho nesse período de tempo. A utilização deste instrumento de avaliação e gestão em enfermagem é fundamental para o cálculo, avaliação e adequação dos recursos humanos para a prática de cuidados. Tive oportunidade de colaborar com a minha orientadora na distribuição dos doentes, uma vez que era chefe de equipa, tendo em conta esse *score*.

Ainda que este fosse o instrumento que avalia a carga de trabalho de enfermagem por doente na unidade, este não reflete a realidade prática da enfermagem, uma vez que os doentes requerem mais cuidados de enfermagem além daqueles que estão diretamente relacionados com o índice de gravidade da doença. Os enfermeiros despendem de apenas 43,3% do seu tempo com atividades relatadas nos itens do TISS, sendo que 34,3% dos gastos não estão incluídos no TISS (Bernardino, 2020). Existem outros instrumentos de avaliação, nomeadamente o *Nursing Activities Score* (NAS), em que tendo por base o anteriormente referido, foram definidas cinco intervenções de enfermagem sujeitas a avaliação e que suportam o *score* final (monitorização básica, procedimentos de higiene, mobilização e posicionamento, suporte e prestação de cuidados aos familiares e doentes, intervenções administrativas e de gestão), (Miranda et al., 1996). De acordo com o NAS é possível dar visibilidade às intervenções dos enfermeiros, comparativamente com o uso do TISS, e a sua pontuação

é independente da gravidade da doença da pessoa, mas sim, tendo em conta o tempo real despendido nas intervenções de enfermagem. As dotações seguras e rácio enfermeiro/doente são questões relevantes e devem ser tidas em consideração, uma vez que existe uma relação evidente entre dotações inadequadas e *outcomes* negativos (Bernardino, 2020; Regulamento n.º 743/2019, 2019).

No que deste diz respeito ao segundo objetivo geral em relação ao desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem na comunicação durante a transição de cuidados relativos à PSC na UCI, a principal atividade que me permitiu refletir foi a de assistir e participar ativamente à passagem de informação de diferentes profissionais, enfermeiros e médicos. Constatei que o ISBAR é a ferramenta padronizada para a passagem de informação na transição de turno, tal como referido na evidência, sendo a mesma utilizada entre as diferentes equipas com o conteúdo adequado a cada realidade (médicos, enfermeiros, e chefes de equipa). Tive oportunidade de utilizar esta ferramenta como instrumento de sistematização da informação relativa ao doente para depois transmitir à restante equipa na passagem de turno (Digosis, 2017; Lopes et al., 2021; Müller et al., 2018; Norma n.º 001/2017, 2017; Pena & Melleiro, 2018; Powell et al., 2020).

As participações nos momentos de passagem de turno podem ser por si só, momentos de grande *stress*, pela exposição perante a equipa, acrescendo a isto o facto de, no meu caso, ser um elemento externo e sem experiência na área. Por isso, uma das estratégias que utilizei foi o uso da ferramenta ISBAR como fio condutor na transmissão da informação, constituindo-se uma mais-valia para a minha integração na equipa nesses momentos, sendo uma ferramenta útil na sistematização da informação a transmitir aos restantes elementos da equipa, garantindo a continuidade dos cuidados à PSC, contribuindo para a diminuição de falhas na transmissão da informação evitando futuros eventos adversos decorrentes da transmissão inadequada da informação, proporcionando uma comunicação eficaz na equipa de cuidados (Lopes et al., 2021; Müller et al., 2018; Powell et al., 2020). A passagem de turno ocorre num ambiente controlado, em sala própria isenta de ruído ou interrupções, em que há espaço de discussão entre a equipa e a deteção/discussão de oportunidades de melhoria (Corpolato et al., 2019; Lopes et al., 2021; Olino et al., 2019; Vieira & Rocha, 2020). Também permite ao enfermeiro gestor ter a noção das necessidades de cuidados de

todos os doentes do serviço e das necessidades da equipa (recursos humanos e materiais), podendo pautar a sua gestão dirigida às necessidades reais.

Também os chefes de equipa passam o turno entre si utilizando a mesma mnemónica em que fazem um relato sobre a funcionalidade de todo o equipamento existente no serviço, se existem faltas de material de consumíveis ou avarias.

Depois das respetivas reuniões de equipa (médica e enfermagem), no período da manhã o chefe de equipa de medicina discute os doentes com o chefe de equipa de enfermagem, sobre as alterações, planos terapêuticos para todos os doentes internados e por conseguinte o enfermeiro responsável transmite ao enfermeiro responsável pelo doente, tendo sempre por base a ferramenta padronizada - o ISBAR.

Esta comunicação transversal entre equipas na qual tive oportunidade de participar constituiu um momento-chave na minha aprendizagem, pois pude constatar a importância da articulação entre a equipa de cuidados, a relevância da complementaridade da informação obtida pelos enfermeiros e médicos e posterior discussão em equipa, tendo em vista o melhor para o doente, aliado ao facto de todos os intervenientes terem acesso ao plano terapêutico definido para aquele dia, o que possibilita uma melhor gestão e planeamento de cuidados.

Neste contexto tive oportunidade de partilhar junto da equipa de forma informal os resultados e principais conclusões da RIL efetuada e submetida para publicação, relativa às estratégias de comunicação a utilizar pela equipa de cuidados para uma transição segura da PSC e família, que veio reforçar a importância da utilização de ferramentas padronizadas, uma linguagem estruturada e o uso de *checklists* como sendo fundamentais para uma transição segura de cuidados da PSC. Assim, investir na formação interdisciplinar traz benefícios para os doentes, profissionais e sistemas de saúde (Jelacic et al., 2021; Müller et al., 2018; Shahrami et al., 2019; Vieira & Rocha, 2020).

Por tudo isto considero que este contexto de estágio possibilitou o meu desenvolvimento de competências especializadas nos domínios da gestão e aprendizagens profissionais, no âmbito da gestão de cuidados e otimização da resposta da equipa de enfermagem integrada na equipa multiprofissional, mobilizando conhecimentos baseados em evidência científica e comunicação de projetos de investigação com impacto na qualidade dos cuidados (Decreto- Lei 65/2018, 2018;

Regulamento n.º 429/2018, 2018). Assim, foi possível desenvolver as seguintes competências de mestre e especialista neste contexto: a prestação de cuidados especializados à PSC, prevenção de complicações, gestão da dor, prevenção e controlo de infeção, gestão dos cuidados, habilidades comunicacionais e competências de julgamento clínico e tomada de decisão sustentada na evidência científica (Benner, 2005; Decreto-Lei 65/2018, 2018; Regulamento n.º 429/2018, 2018; Regulamento n.º 361/2015, 2015; Tanner, 2006).

CONCLUSÃO

O presente documento demonstra de forma crítica e reflexiva, o percurso percorrido para o desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem no âmbito do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, dando resposta às competências de mestre preconizadas (Decreto- Lei 65/2018, 2018; Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010, 2019). Visou ainda a análise do desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à PSC.

Vivemos tempos em que a procura de cuidados de saúde cada vez mais complexos exige por parte da disciplina de enfermagem uma evolução constante, quer ao nível da competência científica, mas também técnica e humana.

A temática desenvolvida, para além de ser de grande relevância para a prática de enfermagem, serviu de fio condutor ao trabalho desenvolvido, dando ênfase ao trabalho de equipa e à comunicação, para o conhecimento contínuo da situação vivenciada pela PSC e família, alvos de cuidados, de forma a prever e detetar precocemente as complicações e assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil, promovendo a satisfação do doente e a prestação de cuidados seguros e de qualidade.

A sustentação teórica de enfermagem adotada, foi baseada nas teorias de Imogene King e Meyer & Lavin, enquanto guias orientadoras de um pensamento crítico para a tomada de decisão, por forma a melhorar a prática.

Analisando os objetivos específicos e as atividades desenvolvidas, torna-se evidente um conjunto de competências do domínio comum e específico da área de especialização em enfermagem na PSC. Ao nível do desenvolvimento das competências da responsabilidade profissional, ética e legal, considero ter agido de forma profissional, tendo em conta a qualidade e segurança do doente/família e dos profissionais, respeitando sempre os princípios éticos e deontológicos e o respeito pelos direitos humanos. No que diz respeito à melhoria contínua de cuidados desempenhei um papel dinamizador e colaborei em ações com vista à manutenção de qualidade e segurança do doente. No domínio da gestão dos cuidados, colaborei ativamente na gestão de cuidados através da gestão dos recursos humanos e materiais atendendo às necessidades vigentes em cada contexto, na otimização da resposta da equipa

multidisciplinar às necessidades da PSC e família. Em relação ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais, foi fundamental o meu empenho pessoal e profissional na busca constante da melhor evidencia científica para sustentar a minha prática de cuidados. A realização dos jornais de aprendizagem, estudo de caso estimularam a minha capacidade crítica e reflexiva, no sentido de otimizar e melhorar as práticas nos contextos de cuidados. A realização da RIL e sua publicação, contribuiu para a aquisição individual de conhecimentos sobre o tema, sobre realização de investigação secundária e disseminação necessária à sua apropriação a nível operacional, tendo por base uma *práxis* clínica especializada em sólidos padrões de conhecimento.

No domínio do cuidar da PSC e sua família, considero ter desenvolvido competências no cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, competências na gestão da comunicação interpessoal, competências na dinamização da resposta em situações de exceção, urgência ou emergência multivítimas, competências na maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção, através da prestação direta de cuidados, nas discussões e partilha de forma formal e informal ,com os profissionais com quem trabalhei e através da participação em congressos e jornadas que contribuíram para a aquisição de conhecimentos, melhorando a qualidade da minha intervenção nesta área.

De salientar o contributo em termos de crescimento pessoal e profissional, o estágio na UCI, pelo fato de não ter experiência profissional nesse contexto, o que constituiu sem dúvida um desafio pessoal e profissional de grande superação, daí considerar que teria sido uma mais valia o prolongamento do tempo de estágio neste contexto. Acresce ainda, o facto de existir uma intervenção efetiva na PSC e em que está operacionalizado uma das estratégias preconizada na transmissão de informação nos momentos de transição de cuidados como promotora de uma comunicação eficaz, o ISBAR.

Por tudo isto considero que o meu percurso foi pautado por um esforço contínuo e uma preocupação constante de melhorar as minhas práticas de forma fundamentada e consistente, indo no sentido da satisfação da PSC e família, agindo de forma a promover a saúde, prevenindo complicações, proporcionando bem-estar, fazendo uma gestão adequada e eficiente dos recursos disponíveis evitando danos

desnecessários ao doente, contribuindo para mais ganhos em saúde através da segurança e qualidade dos cuidados.

Como dificuldades, de salientar o regresso ao papel de estudante, que se constituiu um desafio para mim, na gestão das expectativas e na relação com os colegas. Também o estágio na UCI foi sem dúvida revelador, uma vez que não tendo experiência na área, numa fase inicial foi fator de stress e apreensão, tendo sido um desafio adaptar-me à dinâmica e características do serviço, bem como à exigência da prestação de cuidados. Todavia as dificuldades foram ultrapassadas através do apoio da equipa, a procura constante de conhecimentos, formação contínua e reflexão crítica, que foram recursos essenciais para desenvolver as competências preconizadas. Considero que o prolongamento do tempo de estágio neste contexto teria sido uma mais-valia na aquisição de conhecimentos e melhoria das práticas de cuidados à PSC e família em contexto de UCI.

Este percurso não termina neste documento, pois espero manter o espírito crítico e atento na identificação de problemas inerentes à prática de cuidados e procurar soluções que me permitam prestar cuidados de qualidade e seguros, assim como, ter um papel ativo na disseminação do conhecimento através da participação em congressos e na realização de publicações. Um dos projetos em consolidação, será a implementação da metodologia ISBAR na transmissão da informação nos momentos de transição de cuidados entre a equipa, no meu contexto profissional, indo ao encontro de um dos objetivos da instituição.

REFERÊNCIAS

- Ajri-Khameslou, M., Najafi, M., & Karimollahi, M. (2021). Vigilance in Nurses Working in Intensive Care Units. *Open Journal of Nursing*, 11 (09), 715–727. <https://doi.org/10.4236/ojn.2021.119061>
- American Psychological Association. (2021). *Publication manual of the American Psychological Association: The official guide of the APA American Psychological Association* (7^a ed.). American Psychological Association.
- Anguita, M., Sanjuan-Quiles, Á., Ríos-Risquez, M. I., Valenzuela-Anguita, M. C., Juliá-Sanchis, R., & Montejano-Lozoya, R. (2019). Humanização dos cuidados de saúde no serviço de urgência: análise qualitativa baseada nas experiências dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série (23), 59–68. <https://doi.org/10.12707/riv19030>
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (2^a ed.). Quarteto Editora.
- Benner, P., Kyriakidis, P., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: a thinking- in- action approach* (2nd ed.). Springer Publishing Company.
- Benner, P., Malloch, K., & Sheets, V. (2010). *Nursing Pathways for patient safety*. Mosby, Elsevier.
- Benner, P., Sheets, V., Uris, P., Malloch, K., & Jamison, D. (2002). Individual, Practice, and System Causes or Error in Nursing. *Journal of Nursing Administration*, 32(10).
- Benner, P., Tanner, C., & Chesla, C. (2009). Expertise in Nursing Practice: Caring, Clinical Judgment & Ethics. In Springer Publishing Company (Ed.), *Expertise in Nursing Practice* (2nd ed.).
- Bernardino, A. (2020). Carga de Trabalho de Enfermagem. In *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 124–133). Lidel.
- Bice, A., & Kolcaba, K. (2020). Katharine Kolcaba's Comfort Theory. In *Nursing Theories and Nursing Practice* (5^a ed., pp. 371–381). F.A. Davis.
- Brás, C., & Ferreira, M. (2016). A Comunicação e Qualidade de Cuidados em Enfermagem: revisão de literatura. *Atas - Investigação Qualitativa Em Saúde*, 2, 572–577. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/796>
- Broca, P., & Ferreira, M. (2015). Processo de comunicação na equipa de enfermagem

- fundamentado no diálogo de Berlo e King. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 19(3), 467–474. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150062>
- Caldas, L., & Gomes, L. (2021). Comunicação Eficaz nas Transições de Cuidados. In *Guia Prático Para a Segurança do Doente* (1ª ed., pp. 79–88). LIDEL- Edições Técnicas, Lda.
- Campos, C. (2017). A Comunicação Terapêutica Enquanto Ferramenta Profissional nos Cuidados de Enfermagem. *Revista Do Serviço de Psiquiatria Do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE*, 15(1), 91–101. <https://revistas.rcaap.pt/psilogos/article/view/9725/11044>
- Carruthers, H., Astin, F., & Munro, W. (2017). Which alternative communication methods are effective for voiceless patients in intensive care unit? A systematic review. *Intensive and Critical Care Nursing*, 42(1), 88–89.
- Circular Normativa n.º 9/2003. (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Direção-Geral da Saúde.
- Corpolato, R., Mantovani, M., Willig, M., Andrade, L., Mattei, Â., & Arthur, J. (2019). Padronização da passagem de plantão em Unidade de Terapia Intensiva Geral Adulto. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(Suppl 1), 95–102. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0745>
- Couto, R., Botoni, F., Serufo, J., Nogueira, J., Reis, M., Braga, M., Júnior, V., & Correa, M. (2005). *Emergências Médicas e Terapia Intensiva*. Guanabara Koogan.
- Decreto- Lei 65/2018. (2018). *Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior: Avaliação dos sistemas de ensino superior e de ciência, tecnologia e inovação portugueses*. Diário da República, I Série (N.º 157 de 16-08-2018). <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/116068879/details/maximized>
- Despacho n.º 10319/2014. (2014). *Rede de Serviços de Urgência, níveis de responsabilidade, critérios, condições de acesso e localização de Ponto de Rede de Urgência*. Diário da República, II Série (N.º 153 de 11-08-2014).
- Despacho n.º 9390/2021. (2021). *Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Educação: Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026)*. Diário da República, II Série (N.º 187 de 24-09-2021).
- Despacho Normativo n.º 11/2002. (2002). *Reorganização da urgência hospitalar, integrada no âmbito das linhas gerais definidas para a reforma do Serviço Nacional*

- de Saúde*. Diário da República, I Série-B (N.º 55 de 06-03-2002).
- Deus, M., & Trindade, L. (2021). Segurança Transfusional. In *Guia Prático Para a Segurança do Doente* (1ª ed., pp. 265–274). LIDEL- Edições Técnicas, Lda.
- Digosis, S. (2017). *Developmental Perceptiveness on Strategies Followed in ICU for the Treatment of Interdisciplinary Communication*. 6, 19–31.
<https://doi.org/10.5281/zenodo.810430>
- Direção-Geral da Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos- Recomendações para o seu desenvolvimento*. Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde & Associação para o Desenvolvimento Hospitalar. (2015). *Relatório Segurança dos Doentes: Avaliação da Cultura nos Hospitais*.
- Dithole, K., Thupaygale- Tshweneagae, G., Akpor, O., & Moleki, M. (2017). Communication skills intervention: promoting effective communication between nurses and mechanically ventilated patients. *BMC Nursing*, 74(16), 1–6.
- Doenges, M., Moorhouse, M., & Murr, A. (2013). *Nursing diagnosis manual: Planning, individualizing, and documenting client care* (4ª ed.). F.A. Davis Company.
- Doran, D. (2011). *Nursing Outcomes: The State of the Science* (2ª ed.). JONES& BARTLETT.
- Eppich, W. (2015). "Speaking Up" for Patient Safety in the Pediatric Emergency Department. *Elsevier*, 16(2), 83–89.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2010). *Objetivos e competências do CMEPSC*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2019). *Regulamento de Mestrado em Enfermagem e Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2022). *Unidade Curricular Estágio com Relatório*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2023). *Manual para elaboração de trabalhos académicos e referência da Escola Superior de Enfermagem de Enfermagem de Lisboa*. Centro de Documentação e Biblioteca da ESEL.
- European Society for Emergency Medicine. (2020). *Guidelines for the management of acute pain in emergency situations*. European Society for Emergency Medicine.
- Eyni, E., Hasani, S., Fereidouni, P., & Seyed Andi, S. (2017). Effect of nursing staff training on respecting the privacy of patients in the emergency department. *Journal of*

- Nursing and Midwifery Sciences*, 4(2), 11. <https://doi.org/10.4103/2345-5756.231740>
- Fernandes, S., & Tareco, E. (2016). Sistemas de informação como indicadores de qualidade na saúde. Uma revisão de níveis de abordagem. *Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação*, 19, 1–14.
- Figueiredo. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar- Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência.
- Figueiredo, A., Potra, T., & Lucas, P. (2020). Transição de cuidados de enfermagem: ISBAR na promoção da segurança dos doentes- revisão scoping. *Revista Internacional de Comunicación*, 49, 32–44.
- Fragata, J. (2010). A segurança dos doentes - Indicador de Qualidade em Saúde. *Revista Port. Clínica Geral*, 564–570.
- Fragata, J. (2012). *Segurança dos Doentes- Uma Abordagem Prática* (2ª ed.). Lidel.
- Friend, M., & Sieloff, C. (2020). Imogene King's Conceptual System and Theory of Goal Attainment. In *Nursing Theories and Nursing Practice* (5th ed., pp. 135–148). F.A. Davis Company.
- Gambro. (2015). *Manual del operador de Prismaflex* (8ª ed.). Gambro Lundia AB.
- Grupo Português de Triagem. (2010). *Triagem no Serviço de urgência* (2ª ed.). BMJ Publishing Group.
- Henneman, E. A., Gawlinski, A., & Giuliano, K. K. (2012). Surveillance: A strategy for improving patient safety in acute and critical care units. *Critical Care Nurse*, 32 (2), 9–18. <https://doi.org/10.4037/ccn2012166>
- Hennessy, D., & Gladin, L. (2006). *The report on the evaluation of the WHO multi-country family health nurse pilot study*.
- Hesbeen, W. (2000). Cuidar é complexo_ cuidar no hospital.pdf. In *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa perspectiva do Cuidar* (pp. 31–37). Lusociência.
- Holm, A., Viftrup, A., Karlsson, V., Nikolajsen, L., & Dreyer, P. (2020). Nurses' communication with mechanically ventilated patients in the intensive care unit: Umbrella review. *Journal of Advanced Nursing*, 76 (11), 2909–2920. <https://doi.org/10.1111/jan.14524>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). *Situação De Exceção (Manual TAS)* (1ª ed.). Instituto Nacional de Emergência Médica.

- Institute of Medicine. (2000). *To Err is Human*. National Academies Press.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2020). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. Instituto Nacional de Emergência Médica.
- International Council of Nurses. (2009). *ICN Framework of Disaster Nursing Competencies*. International Council of Nurses.
- International Council of Nurses. (2019a). *Classificação Internacional para a prática de enfermagem*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- International Council of Nurses. (2019b). *Patient safety*. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.4812111>
- Jansson, S., Martin, T. R. S., Johnson, E., & Nilsson, S. (2019). Healthcare professionals' use of augmentative and alternative communication in an intensive care unit: A survey study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 54, 64–70. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.04.002>
- Jelacic, S., Togashi, K., Bussey, L., Nair, B. G., Wu, T., Boorman, D. J., & Bowdle, A. (2021). Development of an aviation-style computerized checklist displayed on a tablet computer for improving handoff communication in the post-anesthesia care unit. *Journal of Clinical Monitoring and Computing*, 35(3), 607–616. <https://doi.org/10.1007/s10877-020-00521-y>
- Joint Commission International. (2018). *Communicating Clearly and Effectively to Patients: How to Overcome Common Communication Challenges in Health Care*.
- Killeen, M. B., & King, I. M. (2007). Viewpoint: Use of King's Conceptual System, Nursing Informatics, and Nursing Classification Systems for Global Communication. *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*, 18(2), 51–58.
- Kim, K., Han, Y., & Kim, J. S. (2017). Nurses' and patients' perceptions of privacy protection behaviours and information provision. *Nursing Ethics*, 24(5), 598–611. <https://doi.org/10.1177/0969733015622059>
- King, I. M. (1981). *A theory for nursing: systems, concepts, process*. Wiley Medical Publications.
- Knight, H., Maheshwari, N., Hussain, J., Scholl, M., Hughes, M., Papadimos, J., & Latchana, N. (2015). Complications during intrahospital transport of critically ill patients: Focus on risk identification and prevention. *International Journal of Critical Illness and*

Injury Science, 5(4), 256.

Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research*. S.P. Company.

Lei nº 156/2015. (2015). *Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando -o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais*. Diário da República, I Série (N.º 181 de 16-09-2015).

Lin, Y., Lee, W., Kuo, L., Cheng, Y., Lin, C., Lin, H., Chen, C., & Lin, T. (2013). Building an ethical environment improves patient privacy and satisfaction in the crowded emergency department: A quasi-experimental study. *BMC Medical Ethics*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6939-14-8>

Locsin, R. (2001). The culture of technology: Defining transformation in nursing, from “the lady with a lamp” to “robonurse”? *Holistic Nursing Practice*, 16(1), 1–4. <https://doi.org/10.1097/00004650-200110000-00004>

Locsin, R. (2013). Technological Competency as Caring in Nursing: Maintaining Humanity in a High-Tech World of Nursing. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 7, 1–6.

Locsin, R. (2017). The co-existence of technology and caring in the theory of technological competency as caring in nursing. *Journal of Medical Investigation*, 64(1–2), 160–164. <https://doi.org/10.2152/jmi.64.160>

Lopes, M., Mendonça, S., Basto, M., & Ramos, A. (2016). Estratégias de Raciocínio Clínico dos Enfermeiros que cuidam de clientes em situação crítica. *RIASE*, 2(3).

Lopes, Marques, R., & Sousa, P. (2021). O handover/handoff perante a pessoa em situação crítica no serviço de urgência: uma revisão integrativa da literatura. *Cadernos de Saúde*, 13(2).

Mannion, R., & Braithwaite, J. (2017). False dawns and new horizons in patient safety research and practice. *International Journal of Health Policy and Management*, 6, 685–689.

Martins, C. (2018). *Análise e otimização de gestão de stocks no serviço de radiologia do Hospital de São José*. Universidade Nova de Lisboa.

Mendes, A. (2018). A interação enfermeiro-família na experiência vivida de doença crítica: O cuidado centrado na família. *Investigação Qualitativa Em Saúde*, 2, 1–10.

Meyer, G., & Lavin, M. A. (2005). Vigilance: the essence of nursing. *Online Journal of*

- Issues in Nursing*, 10(3), 8. <https://doi.org/10.3912/ojin.vol10no03ppt01>
- Ministério da Saúde. (2013). *Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos: Relatório Final*.
- Ministério da Saúde. (2017a). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos cuidados de Saúde*. Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2017b). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência- Medicina Intensiva*. Ministério da Saúde.
- Miranda, R., Rijk, A., & Schaufeli, W. (1996). Simplified Therapeutic Intervention Scoring System. In *Critical Care Medicine* (Vol. 24, Issue 1, pp. 64–73). <https://doi.org/10.1097/00003246-199601000-00012>
- Moreira, T., & Araújo, T. (2002). O modelo conceitual de sistemas abertos interatuantes e a teoria de alcance de metas de imogene king. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(1), 97–107. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692002000100015>
- 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. *BMJ Open*, 8(8). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022202>
- Mulvey, D. (1984). *Enfermaria Como Profissão: Filosofia, princípios y objetivos*. Editorial Limusa S.A.
- Nogueira, J. W. da S., & Rodrigues, M. C. S. (2015). Comunicação efetiva no trabalho em equipe: Desafio para a segurança do Paciente. *Cogitare Enfermagem*, 20(3), 636–640. <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40016/26245>
- Norma n.º 001/2017. (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Direção -Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- Norma n.º 007/2019. (2019). *Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. Direção-Geral da Saúde.
- Norma n.º 007/2020. (2020). *Prevenção e Controlo de Infecção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI)*. Direção-Geral da Saúde.
- Norma n.º 011/2018. (2018). *Gestão do sangue do doente*. Direção-Geral da Saúde.
- Norma n.º 014/2015. (2015). *Processo de Gestão da Medicação*. Direção-Geral da Saúde.
- Norma n.º 015/2013. (2015). *Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito*. Direção-Geral da Saúde.

- Norma n.º 021/2015. (2022). *"Feixe de Intervenções" de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação*. Direção-Geral da Saúde.
- Norma n.º 022/2015. (2022). *"Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central*. Direção-Geral da Saúde.
- Norma n.º 029/2012. (2013). *Precauções Básicas do Controlo da Infecção*. Direção-Geral da Saúde.
- Nunes, J. (2010). *Comunicação em Contexto Clínico*. <https://www.mgfamiliar.net/wp-content/uploads/livrocomunic.pdf>
- Olino, L., Gonçalves, A., Strada, J., Vieira, L., Machado, M., Molina, A., & Cogo, A. (2019). Comunicação efetiva para a segurança do paciente: nota de transferência e Modified Early Warning Score. *Rev Gaúcha Enferm*, 40, 20180341. www.seer.ufrgs.br/revistagauchadeenfermagem
- Optimal Blood Use Project. (2010). *Manual para Uso Ótimo do Sangue*. www.optimalblooduse.eu
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Estatuto Ordem dos Enfermeiros*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Estatuto Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Ordem dos Enfermeiros.
- Orientação n.º 007/2010. (2010). *Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde*. Direção -Geral da Saúde.
- Orientação n.º 018/2011. (2011). *Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde*. Direção -Geral da Saúde.
- Pena, M., & Melleiro, M. (2018). Eventos adversos decorrentes de falhas de comunicação: reflexões sobre um modelo para transição do cuidado. *Revista de Enfermagem Da UFSM*, 8(3), 616. <https://doi.org/10.5902/2179769225432>
- Pereira, R. (2020). Prevenção e Controlo de Infecção. In *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 161–174). LIDEL- Edições Técnicas, Lda.
- Pina, S., Canellas, M., Prazeres, R., Lopes, J., Marcelino, T., Reis, D., & Ferrito, C. (2020). Comunicação Alternativa e Aumentativa em Doentes Ventilados: Scoping Review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73 (5), e20190562. <http://www.scielo.br/j/reben/a/YNFtfvQH84GXCxXxKQ5rYmj/abstract/?lang=pt>
- Pinheiro, P., & Madureira, A. (2020a). Técnicas de Substituição Renal nas Unidades de Cuidados Intensivos. In *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 176–185). LIDEL-

Edições Técnicas, Lda.

- Pinheiro, P., & Madureira, A. (2020b). Técnicas de Substituição Renal nas Unidades de Cuidados Intensivos. In *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 175–185). Lidel.
- Pinho, J. (2020a). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. LIDEL- Edições Técnicas, Lda.
- Pinho, J. (2020b). O Doente e a Família na Unidade de Cuidados Intensivos. In *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 311–320). LIDEL- Edições Técnicas, Lda.
- Ponce, P., & Mendes, J. (2015). *Manual de medicina intensiva*. Lidel.
- 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>
- Queirós, P. (2015). The Knowledge of expert nurses and the practical-reflective rationality. *Investigación Y Educación En Enfermería*, 33 (1), 83–91. https://www.researchgate.net/publication/272682030_O_saber_dos_enfermeiros_p_eritos_e_a_racionalidade_pratico-reflexiva/link/54ebb3b90cf2a03051948d43/download
- Ramos, S., Sales, L., & Barroso, F. (2021). Segurança Do Doente: Princípios e Conceitos. In *Guia Prático Para a Segurança do Doente* (1ª ed., pp. 3–10). LIDEL- Edições Técnicas, Lda.
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República , II Série (N.º 26 de 06-02-2019).
- Regulamento n.º 429/2018. (2018). *Ordem dos Enfermeiros: 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*. Diário da República , II Série (N.º 135 de 16-07-2018). <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>
- Regulamento n.º 743/2019. (2019). *Regulamento da Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Diário da República, II Série (N.º 184 de 25-09-2019).
- Regulamento n.º 361/2015. (2015). *Ordem dos Enfermeiros: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em*

Situação Crítica. Diário da República, II Série (N.º 123 de 26-06-2015).

Revisão Técnica 11/2015. (2015). *Recomendações Técnicas para Serviços de Urgência*. ACSS.

Rodrigues, A., Azevedo, C., & Calvo, V. (2016). Comunicação interna nas organizações: Instrumento prático de auxílio à passagem de turno. *Millenium*, 2 (21), 105–114. <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/3659/5/10089-30421-1-PB-105-114.pdf>

Ruivo, M., & Ferrito, C. (2010). Metodologia de Projeto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, 15, 3–35.

Sampaio, F. (2020). Monitorização em Unidade de Cuidados Intensivos. In *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 70–80). LIDEL- Edições Técnicas, Lda.

Santana, R., Rocha, J., Sousa, J., & Soares, P. (2020). *A procura de serviços de urgência/emergência hospitalar: tendências durante o primeiro mês de resposta à COVID-19*.

Santos, Campos, J., & Silva, R. (2018). Comunicação no handoff na terapia intensiva: nexos com a segurança do paciente. *Escola Anna Nery*, 22 (2), 1–13. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0268>

Santos, & Grilo, A. (2021). Comunicação e Gestão Da Informação Para a Segurança Do Doente. In *Guia Prático Para a Segurança do Doente* (1ª ed., pp. 63–77). LIDEL- Edições Técnicas, Lda.

Santos, M., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T., & Gomes, A. (2011). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Escola Superior de Tecnologia Da Saúde de Lisboa*, 10, 47–57.

Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lidel.

Sequeira, C., & Pinho, A. (2016). Comunicar com pessoas impossibilitadas de comunicar verbalmente. In *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda* (pp. 198–200). Lidel.

Shahrami, A., Nazemi-Rafi, M., Hatamabadi, H., Amini, A., & Aghajani, M. H. (2019). Impact of Education on Trauma Patients' Handover Quality; a Before-After Trial. *Archives of Academic Emergency Medicine*, 7 (1), e7. <https://doi.org/10.22037/aaem.v7i1.104>

Shapiro, J. (2017). SBAR: A Better Way to Communicate. *Practice Perfect, January 20* (Podiatry Management), 41–42.

Sias, S., Silva, A., Rosado, J., & Baixinho, C. L. (2022). *Intervenções de enfermagem na*

promoção de comunicação com a pessoa ventilada na unidade de cuidados intensivos (UCI). 13, 1–9.

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos. (2008). *Transportes de Pacientes Críticos: recomendações*. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.

Society of Trauma Nurses. (2018). *Advanced Trauma Care for Nurses* (8ª Ed.). Society of Trauma Nurses.

Sousa, J., Meneses, D., Alves, D., Machado, L., Príncipe, F., & Mota, L. (2019). Teor da informação partilhada entre enfermeiros durante a passagem de turno no serviço de urgência. *Revista de Enfermagem Referencia, 2019* (21), 151–158. <https://doi.org/10.12707/RIV19014>

Spooner, A., Aitken, L., Corley, A., Fraser, J., & Chaboyer, W. (2016). Nursing team leader handover in the intensive care unit contains diverse and inconsistent content: An observational study. *International Journal Of Nursing Studies, 61* 165–172.

Swearingen, P., & Keen, J. (2003). *Manual de Enfermagem de Cuidados Intensivos: Intervenções de Enfermagem independentes e interdependentes* (4.ªed). Lusociência.

Tanner, C. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education, 45* (6), 204–211. <https://doi.org/10.3928/01484834-20060601-04>

Teixeira, J., & Durão, M. (2016). Pain assessment in critically ill patients: an integrative literature review. *Revista de Enfermagem Referencia, 4* (10), 135–142. <https://doi.org/10.12707/RIV16026>

Teixeira, J., & Silva, M. (2023). Monitorização e avaliação da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa de literatura. *Brazilian Journal of Health Review, 6*(1), 1056–1072. <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n1-082>

The Joint Commission. (2023). *2023 Accreditation Standards Books*. The Joint Commission.

Victorian Quality Council. (2010). *Promoting effective communication among healthcare professionals to improve patient safety and quality of care*. Department of Health.

Vieira, J., & Rocha, R. (2020). *Estratégias de comunicação efetiva pra a segurança do paciente: revisão integrativa*. Centro Universitário de Brasília Faculdade de Ciências

da Educação e Saúde.

World Health Organization. (2021). Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care. In *World Health Organization*. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>.

APÊNDICES

Apêndice I - Protocolo da Revisão Integrativa da Literatura

PROTOCOLO DA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

TÍTULO DA REVISÃO

A comunicação da equipa de cuidados na promoção da segurança da pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura

AUTORES:

Paula Oliveira¹ Joana Ferreira Teixeira²

1. Estudante do Mestrado em Enfermagem na área de especialização à Pessoa em Situação Crítica na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Enfermeira no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE.

2. Enfermeira especialista na CUF Cascais; Professora adjunta convidada na ESEL

RESUMO

Introdução: A comunicação é parte integrante do plano de intervenção em saúde, cuidar de alguém sem comunicar não é possível. A comunicação ineficaz é um dos principais fatores para ocorrência de eventos adversos, sendo que a transição de cuidados é um processo que se reveste de grande vulnerabilidade para que as falhas de comunicação aconteçam. A pessoa em situação crítica reveste-se de grande complexidade, ocorre muitas vezes em ambientes complexos, envolvendo equipas multidisciplinares em que o risco de uma comunicação ineficaz está subjacente, pelo que se torna fundamental a existência de estratégias de comunicação que promovam essa mesma comunicação, de forma a melhorar a qualidade e segurança da pessoa e família dentro do sistema de saúde.

Objetivo: Conhecer estratégias de comunicação a utilizar pela equipa de cuidados para garantir uma transição segura de cuidados da pessoa em situação crítica e família

Metodologia: Revisão integrativa da literatura, realizada através da pesquisa de trabalhos publicados e literatura cinzenta nas bases de dados CINAHL e MEDLINE.

PALAVRAS- CHAVE: pessoa em situação crítica; comunicação; transição de cuidados; segurança; enfermagem.

INTRODUÇÃO

Nas últimas duas décadas o tema da segurança do doente tornou-se um tema central nas agendas de muitos países da Europa e um pouco por todo o mundo. A mudança constante e a complexidade crescente das condições de funcionamento do sistema, associada a um

nível de exigência de cada vez maior, podem constituir uma ameaça permanente ao funcionamento da melhor equipa e excelência do melhor profissional (Olinio et al., 2019; Santos et al., 2011; Sousa et al., 2019).

A problemática da segurança do doente tem sido amplamente estudada sendo que o relatório *To err is human* publicado pelo Instituto de Medicina Americano em 2000 foi o grande impulsionador do movimento em torno da segurança do doente. Tal relatório alertava o mundo para a complexidade dos cuidados de saúde, sendo uma área que envolve muitos riscos que pode causar dano, incapacidade ou mesmo a morte. Internacionalmente tem vindo a ser estudada por diversas organizações tais como a Organização Mundial de Saúde (OMS), *The Joint Commission*, *the Agency for Health Research and Quality*, e o *Institute for Healthcare Improvement* (Figueiredo et al., 2020).

O reconhecimento da ocorrência de incidentes e eventos adversos no cuidado em saúde mobilizou a Organização Mundial de Saúde a criar a *World Alliance for Patient Safety*, com a finalidade de coordenar, disseminar e facilitar o desenvolvimento de práticas e políticas de segurança aos doentes em termos mundiais. Das metas definidas destaca-se a meta referente à comunicação efetiva, tendo por objetivo melhorar a efetividade da comunicação entre os prestadores de cuidados, garantindo que as informações verbais e registadas sejam precisas e completas (Olinio et al., 2019).

A nível internacional as falhas de comunicação entre os profissionais são das principais causas de eventos adversos na saúde, cerca de 70% desses eventos ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde durante os momentos de transição de cuidados do doente. Falhas essas relacionadas com as omissões de informação, erros nas informações, falta de precisão e a falta de priorização das actividades (World Health Organization, 2021).

A comunicação eficaz entre os profissionais permite diminuir situações de redundância, poupar tempo, diminuir eventos adversos, erros e aumentar a sua satisfação. Neste contexto é fundamental a envolvimento da perspectiva da pessoa alvo de cuidados e sua família (Brás & Ferreira, 2016; Figueiredo et al., 2020; Sousa et al., 2019).

A comunicação entre os profissionais de saúde deve ser clara, oportuna, precisa, completa e sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor. Pressupõem conhecimento, competência e empatia. Apesar de estar presente todos os dias na prestação de cuidados exige competências que devem ser apreendidas, treinadas para o estabelecimento de comunicação eficaz em ambientes dinâmicos e complexos, comuns aos profissionais de saúde (Mannion & Braithwaite, 2017; Nogueira & Rodrigues, 2015; Victorian Quality Council, 2010).

Percebemos que a questão da segurança do doente é uma problemática que diz respeito a todos os intervenientes no processo e exige uma participação ativa. É fundamental um planeamento estratégico e coordenado sobre a segurança do doente, envolvendo todos os intervenientes, desde o doente e família, profissionais de saúde, até ao nível mais macro, como as organizações de saúde, líderes e decisores políticos. As estratégias e ações a desenvolver devem ser baseadas na ciência, experiência, trabalho em equipa, no sentido de eliminar todos os potenciais riscos evitáveis para os doentes e trabalhadores de saúde (World Health Organization, 2021).

METODOLOGIA

A revisão integrativa da literatura é um método importante para a enfermagem, pois através da síntese das pesquisas disponíveis sobre determinada temática direcciona para a prática fundamentada em evidência científica (Ferreira et al., 2021).

A revisão integrativa a ser desenvolvida segue as orientações metodológicas de Whitemore & Knafl (2005). A análise dos documentos terá por base as orientações preconizadas pelo *Joanna Briggs Institute* utilizando como estratégia a mnemónica PICO (The Joanna Briggs Institute, 2021). Pretende-se deste modo dar resposta à questão: Quais as estratégias de comunicação (I) para uma transição segura de cuidados (O) à Pessoa em Situação Crítica (P)?

Critérios de inclusão e exclusão

Pode-se observar na tabela abaixo, os critérios de inclusão e exclusão. Delimitou-se como critérios de inclusão, estudos publicados no período entre 2017 a 2022. Optou-se por este período com o intuito de acompanhar as evidências mais recentes da produção científica acerca do tema. Estudos que tenham participantes com idades superiores ou iguais a 18 anos, que refiram a utilização de estratégias, instrumentos de suporte à comunicação na transição de cuidados. Em termos de resultados, incluir todos os estudos que promovam a segurança e a comunicação eficaz. Serão ainda considerados para esta revisão todos os tipos de documentos, publicados ou não publicados a que se tenha acesso.

São **excluídos** todos os artigos que não possam ser compreendidos/traduzidos pelas investigadoras e que não cumpra os critérios de inclusão referidos anteriormente.

Tabela 1- Critérios de inclusão e exclusão

	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão	Justificação
População	Pessoa em situação crítica com idade superior ou igual a 18 anos, de ambos os sexos	Participantes com idade inferior a 18 anos	Existem estudos cuja população são crianças, sendo que a população alvo nesta temática são adultos.
Intervenção	Estratégias de comunicação na transição de cuidados	----	A utilização de estratégias, instrumentos de suporte à comunicação na transição de cuidados, nomeadamente a utilização de ferramentas padronizadas, melhora a comunicação na equipa de cuidados, através da sistematização e uniformização da comunicação entre os profissionais (Figueiredo et al., 2020).
Outcomes	Segurança Comunicação eficaz	----	Incluir todos os estudos que promovam a segurança e a comunicação eficaz
Data de publicação	Entre janeiro de 2017 e outubro de 2022	Anterior a Janeiro de 2017	Acompanhar a evidência mais recente. Atendendo à realidade portuguesa em (2017) a Direção-Geral da Saúde emanou uma orientação destinada aos serviços de saúde, sobre a implementação de uma estratégia sistematizada em relação à transmissão da informação na transição de cuidados, através de uma ferramenta padronizada (Norma n.º 001/2017, 2017)
Tipo de fonte	Todo o tipo de documentos	----	Obter a melhor evidência disponível acerca da temática em estudo.

Estratégia de Pesquisa

Num primeiro momento para identificação dos artigos irá ser feito uma pesquisa convencional nas bases de dados electrónicas, para perceber quais os artigos mais relevantes para a temática em estudo e identificados os principais termos e palavras de pesquisa a utilizar. A pesquisa terá como finalidade, encontrar trabalhos publicados nas bases de dados MEDLINE, CINAHL, e noutras fontes, desde que respondam à questão de partida e cumprindo os critérios de inclusão e exclusão. Os descritores a utilizar serão:

critically ill patients (P), critical illness (P), critical care (P), emergency patients (P), acute patient (P), critical patient (P); communication methods, total (I), communication software (I), communication (I), hand off (I), patient handoff (I) communication strategies (I), handover (I), transitional care (I), critical care nursing (I) OR multidisciplinary care team (I); patient safety (O), effective communication (O).

Posteriormente serão utilizadas as combinações dos descritores *medical subject headings* (MeSH) e *CINAHL subject headings* através dos operadores booleanos: “OR” e “AND”, definindo-se a seguinte estratégia de pesquisa: (critically ill patients OR critical illness OR critical care OR emergency patients OR acute patient OR critical patient OR critical care) AND (communication methods, total OR communication software OR communication OR hand off OR communication strategies OR patient handoff OR handover OR transitional care OR critical care nursing OR multidisciplinary care team) AND (patient safety OR effective communication).

A seleção dos estudos será efetuada segundo o diagrama *PRISMA FLOW* (Page et al., 2021). Inicialmente serão excluídos os artigos duplicados, após será efetuada com base nas informações do título do artigo, de acordo com os critérios de inclusão/exclusão estabelecidos. Posteriormente as autoras pretendem excluir artigos com base na leitura integral dos remanescentes artigos, utilizando ferramentas para avaliação crítica dos mesmos disponibilizadas pelo Joanna Briggs Institute (The Joanna Briggs Institute, 2021).

Avaliação da qualidade metodológica

Os estudos elegíveis irão ser submetidos a uma avaliação crítica da qualidade metodológica por dois revisores, de acordo com as ferramentas do *Joanna Briggs Institute- JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research* (The Joanna Briggs Institute, 2021).

RESULTADOS

A extração dos resultados e a síntese dos dados vai ser obtida através da elaboração de um instrumento em formato de tabela para caracterização dos estudos tendo em conta os seguintes parâmetros: título, autor, ano, metodologia, finalidades e objetivos, resultados, conclusões e implicações para a prática e qualidade do estudo, como pudemos observar na Tabela 2.

Tabela 2- Análise de artigos

Título	Autor (es)	Ano	Metodologia	Finalidade/Objetivos	Resultados	Conclusões e implicações para a prática	Qualidade

CONFLITO DE INTERESSES

Os revisores referem não existir conflitos de interesses.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A RIL é um método que tem vindo a conquistar notoriedade ao longo dos anos na área da saúde, em particular em enfermagem, e que pretende fornecer informações abrangentes sobre determinado tema, integrando diferentes tipologias de estudos (Sousa et al., 2017). Permite uma visão mais global, com a integração de conhecimentos relevantes que possam ser utilizados na prática clínica.

Desta forma, pretende-se uma síntese do conhecimento relativo à temática, discussão dos resultados, propostas e recomendações futuras.

Deverá ter-se uma perspectiva de que forma os resultados obtidos contribuíram para o avanço do conhecimento e para a resposta à questão norteadora desta revisão integrativa da literatura (Ferreira et al., 2021).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brás, C., & Ferreira, M. (2016). A Comunicação e Qualidade de Cuidados em Enfermagem: revisão de literatura. *Atas - Investigação Qualitativa Em Saúde*, 2, 572–577. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/796>
- Ferreira, S., Retondario, A., & Tanikawa, L. (2021). *Protocolo De Revisão De Escopo E Revisão Sistemática Na Área De Alimentos Scope Review and Systematic Review Protocol in the Food Area*. 1997, 45–61.
- Figueiredo, A., Potra, T., & Lucas, P. (2020). Transição de cuidados de enfermagem: ISBAR na promoção da segurança dos doentes- revisão scoping. *Revista Internacional de Comunicación*, 49, 32–44.
- Mannion, R., & Braithwaite, J. (2017). False dawns and new horizons in patient safety research and practice. *International Journal of Health Policy and Management*, 6, 685–689.
- Nogueira, J. W. da S., & Rodrigues, M. C. S. (2015). Comunicação efetiva no trabalho em equipe: Desafio para a segurança do Paciente. *Cogitare Enfermagem*, 20(3), 636–640. <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40016/26245>
- Norma n.º 001/2017. (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Direção -Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- Olino, L., De Carvalho Gonçalves, A., Karine, J., Strada, R., Becker Vieira, L., Luiza, M., Machado, P., Lorenzen Molina, K., Luisa, A., & Cogo, P. (2019). Comunicação efetiva para a segurança do paciente: nota de transferência e Modified Early Warning Score. *Rev Gaúcha Enferm*, 40, 20180341. www.seer.ufrgs.br/revistagauchadeenfermagem
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *The BMJ*, 372. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Santos, M. C. dos, Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T., & Gomes, A. (2011). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Escola Superior de Tecnologia Da Saúde de Lisboa*, 10, 47–57.
- Sousa, J., Meneses, D., Alves, D., Machado, L., Príncipe, F., & Mota, L. (2019). Teor da

informação partilhada entre enfermeiros durante a passagem de turno no serviço de urgência. *Revista de Enfermagem Referencia*, 2019(21), 151–158.
<https://doi.org/10.12707/RIV19014>

Sousa, Vieira, C., Severino, S., & Antunes, A. (2017). A metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem. *Revista Investigação Em Enfermagem*, 21, 17–26.

The Joanna Briggs Institute. (2021). *JB I Manual for Evidence Synthesis*. JBI.

Victorian Quality Council. (2010). *Promoting effective communication among healthcare professionals to improve patient safety and quality of care*.

Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: update methodology. *J. Adv Nurs.*, 52(2), 546–553.

World Health Organization. (2021). Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm e health care. In *World Health Organization*.
<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan->

Apêndice II - Cronograma de atividades executadas

Atividades a Desenvolver	Ano	2022												2023										
	Mês	Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro				Fevereiro				Março		
	Sem	03-09	10-16	17-23	24-30	07-13	14-20	21-27	28-04	05-11	12-18	19-25	26-01	02-08	09-15	16-22	23-29	30-05	06-12	13-19	20-26	27-05	06-12	
Finalização RIL												Férias Natal												
Estágio no Serviço de Urgência																								
Estágio em Cuidados Intensivos																								
Entrega de Relatório Estágio																								

**Apêndice III - Objetivos específicos para o desenvolvimento de competências no
Serviço de Urgência**

12º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

OBJETIVOS DE ESTÁGIO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA:

- Desenvolver competências especializadas de enfermagem na abordagem à pessoa em situação crítica em contexto de serviço de urgência.
- Desenvolver competências especializadas de enfermagem na comunicação durante a transição de cuidados relativos à pessoa em situação crítica no serviço de urgência.

Objetivo específico	Atividades	Indicador de Resultados
Conhecer a dinâmica funcional e organizativa do serviço de urgência e da equipa multidisciplinar	- Conhecimento da estrutura física, organizacional e dinâmica de enfermagem do Serviço de Urgência Central (SUC); - Consulta de normas e protocolos existentes no SUC; - Integração na equipa de enfermagem e multidisciplinar; - Conhecimento da dinâmica de trabalho de equipa nos diferentes sectores e os circuitos do doente dentro do SUC; - Conhecimento da dinâmica de trabalho de equipa nos diferentes turnos, manhã, tarde e noite, a prestar cuidados aos doentes do SUC; - Acolhimento da pessoa em situação crítica no SUC sob supervisão do enfermeiro orientador; - Realização de registos de enfermagem nas respetivas plataformas; - Aquisição de conhecimentos, através da reflexão e	- Demonstra integração na equipa multidisciplinar e na prestação de cuidados ao doente do SUC; - Demonstra trabalho eficaz na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica; - Demonstra conhecimentos acerca dos planos de emergência/catástrofe e princípios de atuação; - Cuida da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe; - Gere os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe.

	estudo para aprofundar conhecimentos teóricos e práticos sobre os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica; - Consulta do plano de catástrofe do serviço; - Reuniões informais com a enfermeiro orientadora; - Gestão de prioridades de atuação de acordo com a condição clínica da pessoa em situação crítica; - Conhecer os protocolos de triagem em catástrofe.	
Mobilizar conceitos relacionados com o cuidar da pessoa em situação crítica em situações de urgência, emergência e catástrofe	- Atuação de forma pronta e antecipatória de acordo com a condição clínica dos doentes; - Colaboração na gestão de protocolos de atuação complexos (protocolos de sedação, fibrinólise, antibioterapia); - Prestação de cuidados à pessoa em situação crítica de acordo com a lógica de prioridades ABCDE; - Conhecimento do sistema de triagem e o respetivo encaminhamento do doente após a triagem; - Colaboração com a equipa multidisciplinar na abordagem ao doente crítico - Gestão de prioridades e tempo de atuação de acordo com o estado clínico do doente; - Seleção de fontes de informação relevantes para a tomada de decisão; - Realização de um jornal de aprendizagem relativo a	- Demonstra metodologia de trabalho eficaz, na gestão de tempo e prioridades na prestação de cuidados ao doente do SUC; - Identifica e responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade; - Colabora com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, segundo a lógica de prioridades ABCDE; - Colabora na gestão de protocolos de atuação complexos.

	uma situação clínica pertinente para reflexão e análise; - Participação em sessões de formação relativas à temática do doente crítico.	
Reconhecer a importância do controlo da gestão da dor na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica	- Detecção de indicadores fisiológicos e comportamentais de dor na pessoa em situação crítica; - Aplicação de escala mais adequada para a monitorização da dor na pessoa em situação crítica; - Participação na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica com dor, em conjunto com a equipa multidisciplinar; - Conhecimento de protocolo de atuação do SUC perante a pessoa em situação crítica com dor e a sua gestão; - Conhecimento e discussão com enfermeiro orientador do plano de emergência externo e reorganização do SU, perante uma situação de catástrofe.	- Monitoriza a dor do doente tendo em conta os recursos disponíveis no serviço; - Regista a dor do doente do SUC, de forma contínua, sistemática em processo clínico; - Deteta indicadores fisiológicos e comportamentais de dor; - Colabora ativamente na gestão da dor do doente crítico. - Demonstra conhecer os planos e os princípios de atuação em situações de catástrofe; - Demonstra conhecimentos na utilização de comunicações de emergência; - Adequa a resposta face à evolução dinâmica da situação de emergência ou catástrofe.
Reconhecer a importância da família enquanto aliada e alvo de cuidados na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica	- Prestação de cuidados ao doente, utilizando a família como recurso sempre que necessário e possível; - Identificação da pessoa significativa; - Identificação das necessidades do doente e pessoa significativa.	- Presta cuidados à pessoa, utilizando a família como recurso; - Apoia a família; - Envolve a família/pessoa significativa nos cuidados à pessoa, sempre que houver

		condições.
Prestar cuidados de enfermagem tendo por base a responsabilidade profissional, ética e legal, garantindo a qualidade e segurança do doente, em colaboração com a equipa	- Atuação de acordo com a Responsabilidade profissional, ética e legal; - Prestação de cuidados à pessoa, atendendo aos critérios de qualidade e segurança preconizados, no que diz respeito à administração e preparação de hemoderivados, terapêutica, diminuição do risco de infeção; - Implementação de medidas de controlo de infeção, tomando conhecimento dos circuitos dos doentes de acordo com o agente em causa e uso dos EPI's apropriados;	- Colabora com a equipa na prestação de cuidados de qualidade; - Atua de acordo com os critérios de qualidade instituídos no serviço, princípios de segurança e protocolos de prevenção e controlo de infeção (lavagem das mãos, uso adequado dos EPI's); - Notifica ativamente eventos nos quais esteve envolvido, para redefinição de estratégias que diminuam o risco do doente/profissional envolvido na prestação de cuidados.
Conhecer estratégias de comunicação a utilizar pela equipa de cuidados para garantir uma transição segura de cuidados da pessoa em situação crítica e família.	- Realização de uma revisão integrativa da literatura sobre as estratégias de comunicação na transição de cuidados da pessoa em situação crítica e família; - Aprofundamento de competências comunicacionais adaptadas à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica família no SUC; - Conhecimento de protocolo/modelo de comunicação da informação na transição de cuidados; - Comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar e com os serviços; - Realização de formação informal e/ou formal sobre	- Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do estado de saúde; - Transmite a informação na transição de cuidados de forma eficaz com recurso a modelos de sistematização de informação; - Adapta a comunicação à complexidade do estado da pessoa em situação crítica; - Demonstra conhecimentos de técnicas de comunicação perante a pessoa,

	áreas com potencial de melhoria na prestação de cuidados ao doente crítico; - Participação em congressos/ encontros científicos; - Partilha de evidência entre pares através da divulgação dos resultados da revisão integrativa da literatura, realização de póster.	família/cuidador em situação crítica;
Compreender o processo de gestão de recursos humanos e materiais no SUC	- Acompanhamento durante 1 a 2 turnos ao Enfermeiro Chefe do SUC na distribuição de recursos humanos; - Colaboração/acompanhamento ao Enfermeiro responsável pela gestão dos recursos materiais e farmácia.	- Colabora na otimização do trabalho em equipa; - Integra a equipa multidisciplinar na abordagem à pessoa em situação crítica.

Apêndice IV - Plano de sessão: Comunicação eficaz na transição de cuidados

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO			
URGÊNCIA CENTRAL			
TEMA: Comunicação eficaz na transição de cuidados			
DESTINATÁRIOS		Enfermeiros do Serviço Urgência Central	
FORMADOR		Estudante de Mestrado - Paula Cristina Aguiar Oliveira	
ORIENTADORES		Professora Joana Teixeira	
LOCAL			
DATA:	e-mail	DURAÇÃO: 20 minutos	
OBJETIVOS:			
Geral: - Promover a segurança do doente crítico na transição de cuidados. Específicos: - Sensibilizar a equipa para a importância de uma comunicação eficaz na transição de cuidados; - Identificar fatores determinantes para uma transição de cuidados segura; - Divulgar a norma do serviço sobre a metodologia ISBAR; Reforçar a importância da utilização da metodologia ISBAR, enquanto estratégia para uma comunicação eficaz na transição de cuidados.			
CONTEÚDOS:			
- Apresentação - Objetivos - Comunicação eficaz entre os profissionais - Transição de cuidados - Metodologia ISBAR - Conclusões - Referências Bibliográficas		5 min 15 min	
METODOLOGIA:			
Metodologia expositiva e interrogativa.			
RECURSOS:			
Computador, projetor, apresentação.			
AVALIAÇÃO DA SESSÃO:			
Contínua, através de questões colocadas ao longo da apresentação.			
AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO DOS FORMANDOS, FACE À SESSÃO FORMATIVA.			
Aplicação de questionário de avaliação da formação.			

Apêndice V - Questionário de avaliação da formação: inquérito de satisfação

Avaliação da sessão de formação pelo Formando

Tema: Comunicação eficaz na transição de cuidados

Por favor, indique a sua opinião em relação às informações abaixo descritas, fazendo uma apreciação entre 1 e 4, sendo que: 1- **Discordo Totalmente**; 2- **Discordo**; 3- **Concordo**; 4- **Concordo Totalmente**

Formação	1	2	3	4
A temática abordada é do interesse para a equipa profissional?				
Existe relevância dos conteúdos para o desempenho das suas funções?				
Os objetivos definidos para a formação foram alcançados?				
Os métodos utilizados foram adequados ao conteúdo?				
A duração da sessão de formação foi adequada?				
A forma da apresentação foi adequada?				
Os conteúdos foram transmitidos com clareza?				
A formação correspondeu às suas expectativas?				
Avaliação Global da Formação				

Sugestões e comentários:

Muito obrigado pela sua colaboração

Mestranda: Paula Oliveira

Apêndice VI - Relatório da avaliação da formação

Relatório da Sessão de Formação

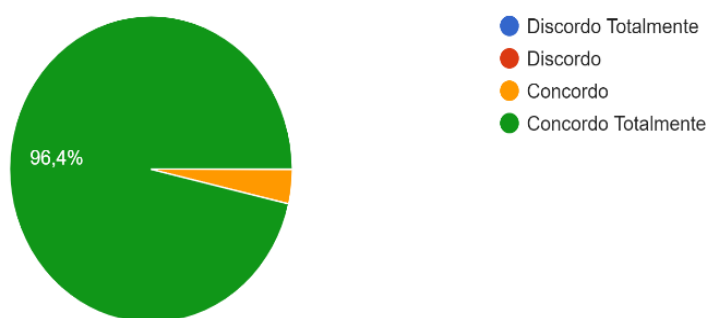
Na última semana do mês de novembro de 2022, foi realizada a formação com o tema – comunicação eficaz na transição de cuidados – no serviço de urgência de um Hospital do distrito de Lisboa.

Esta formação foi planeada atendendo às necessidades detetadas no serviço no âmbito da transmissão de informação nos momentos de transição de cuidados entre a equipa de enfermagem, tendo por objetivo promover a segurança do doente crítico na transição de cuidados, através da sensibilização da equipa e discussão de estratégias de melhoria a desenvolver, tendo em vista a otimização das práticas nesta área.

Foi feita a divulgação da formação pela equipa de enfermagem através dos chefes de equipa na reunião prévia que acontece todos os dias, antes de cada turno. A formação aconteceu em quatro momentos distintos por forma a abranger a maioria da equipa de enfermagem. Assistiram no total 55 enfermeiros que se mostraram recetivos a participar na formação. No final de cada sessão foi aplicado um questionário de avaliação da formação, cujos resultados passo a apresentar.

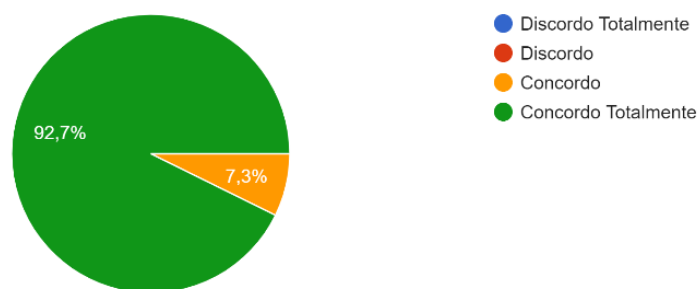
Atendendo à temática abordada a maioria dos enfermeiros considerou ser do interesse da equipa como pudemos observar no Gráfico 1.

Gráfico 1. A temática abordada é do interesse para a equipa profissional?



De acordo com o Gráfico 2, em relação à relevância dos conteúdos para o desempenho das suas funções 92,7% dos enfermeiros concordou totalmente em relação à relevância dos conteúdos para o desempenho das suas funções.

Gráfico 2 . Existe Relevância dos conteúdos para o desempenho das suas funções?



Em relação aos objetivos alcançados e métodos utilizados, 83% e 80% respetivamente consideraram que foram alcançados e os métodos utilizados adequados como pudemos observar nos Gráficos 3 e 4 respetivamente.

Gráfico 3. Os objetivos definidos para a formação foram alcançados?

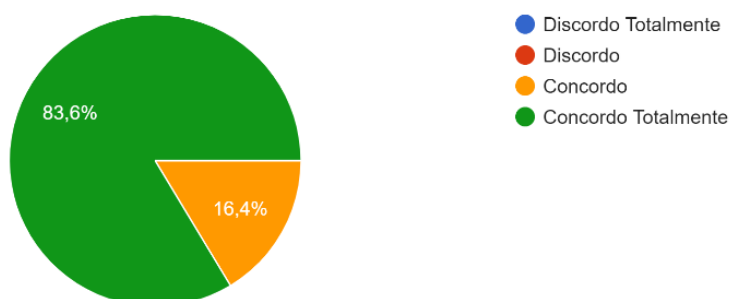
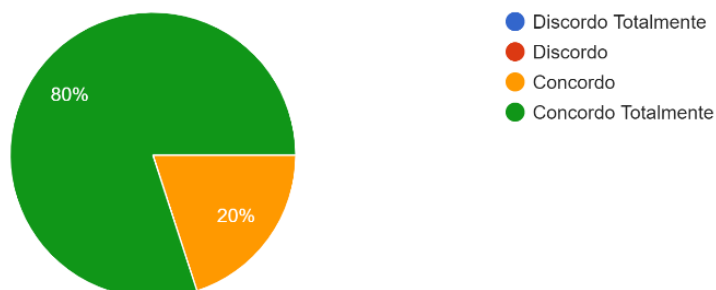
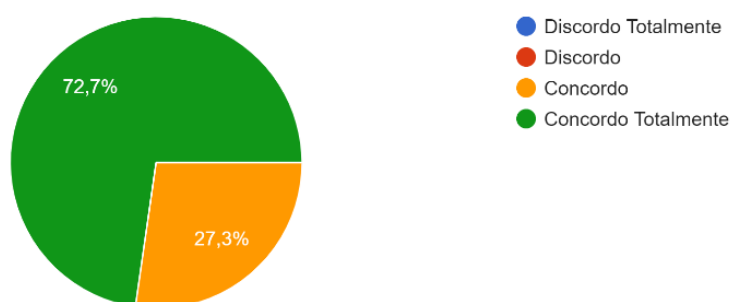


Gráfico 4. Os métodos utilizados foram adequados ao conteúdo?



No que disse respeito à duração da formação, 27,3% responderam que concordavam, e posteriormente em discussão no final da formação, referiram que atendendo à importância da temática a duração deveria ser superior, ainda que a maioria concordou totalmente como explicita o Gráfico 5.

Gráfico 5. A duração da sessão de formação foi adequada?



Atendendo à forma de apresentação e a clareza com que os conteúdos foram apresentados a maioria dos enfermeiros concordou totalmente, em que consideraram que a forma de apresentação foi adequada e os conteúdos transmitidos com clareza, como pudemos observar nos Gráficos 6 e 7 respetivamente.

Gráfico 6. A forma da apresentação foi adequada?

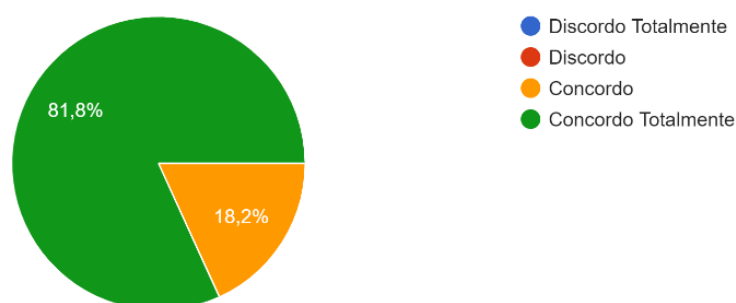
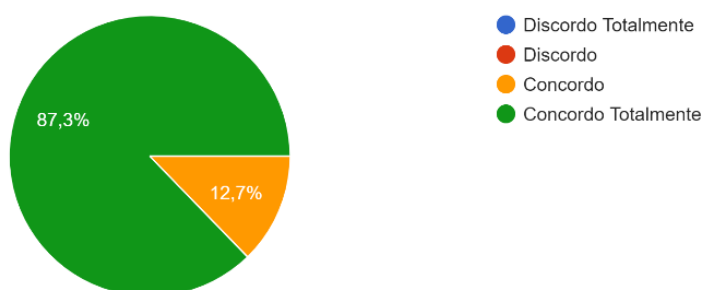
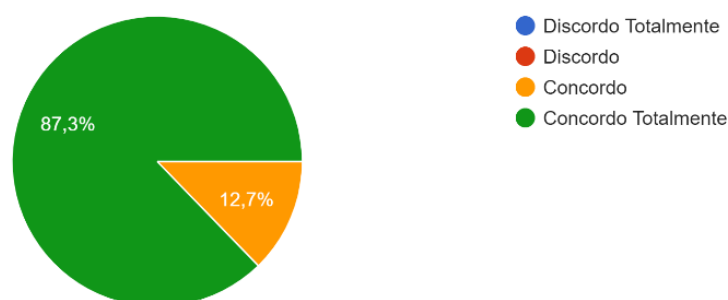


Gráfico 7. Os conteúdos foram transmitidos com clareza?



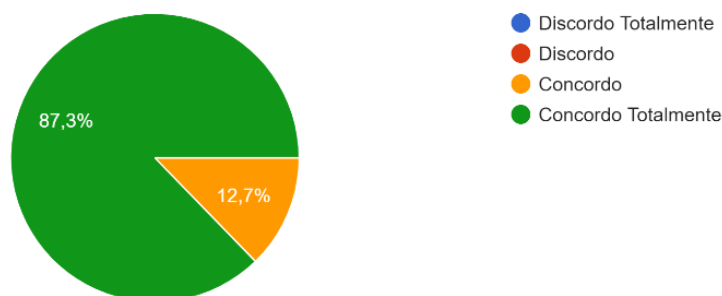
De acordo com o Gráfico 8, pudemos afirmar que a formação correspondeu às expectativas da maioria dos enfermeiros que participaram na formação.

Gráfico 8. A formação correspondeu às suas expetativas?



Relativamente à avaliação global da formação 87,3% dos enfermeiros respondeu que a avaliação global da formação foi boa, como se verifica pelo Gráfico 9.

Gráfico 9. Avaliação global da formação



Em relação à última pergunta, relativa às sugestões e comentários, na generalidade os enfermeiros, assumiram ter sido um tema útil, pertinente para a prestação segura de cuidados ao doente crítico e sua família. Sugeriram a existência de mais momentos de formação e treino em equipa sobre esta temática atendendo ao contexto complexo de cuidados de que falamos.

Como formadora, considero que foi um momento de reflexão e partilha de conhecimento importante, que pode colmatar algumas lacunas e melhorar a comunicação nos momentos de transição de cuidados ao doente crítico e família.

Senti que a equipa se mostrou recetiva e disponível e que o facto de ter realizado a formação já no final do meu estágio, em que considero estar integrada na equipa, foi facilitador na construção de um ambiente propício à aprendizagem.

Também, atendendo a não ter sido possível a participação da totalidade da equipa de enfermagem na formação, foi disponibilizado o conteúdo de forma digital,

para todos os enfermeiros do serviço em questão, mostrando sempre abertura e disponibilidade para qualquer questão ou sugestão de melhoria.

Considero que em sessões futuras, seria interessante integrar e envolver a equipa médica e assistentes operacionais, uma vez que o objetivo é melhorar e uniformizar práticas em relação à comunicação na transição de cuidados, contribuindo para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica e família.

**Apêndice VII - Objetivos específicos para o desenvolvimento de competências na
Unidade Cuidados Intensivos**

12º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

OBJETIVOS DE ESTÁGIO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS:

- Desenvolver competências especializadas de enfermagem na abordagem à pessoa em situação crítica em contexto de unidade de cuidados intensivos.
- Desenvolver competências especializadas de enfermagem na comunicação durante a transição de cuidados relativos à pessoa em situação crítica na unidade de cuidados intensivos.

Objetivo específico	Atividades	Indicador de Resultados
Conhecer a dinâmica funcional e organizativa do serviço e da equipa multidisciplinar	- Conhecimento da estrutura física, organizacional e dinâmica de enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) - Consulta de normas e protocolos existentes no serviço; - Integração na equipa de enfermagem e multidisciplinar; - Conhecimento da dinâmica de trabalho de equipa nos diferentes turnos, manhã, tarde e noite na UCI; - Acolhimento da pessoa em situação crítica na UCI sob supervisão do enfermeiro orientador; - Realização de registos de enfermagem nas respectivas plataformas electrónicas;	- Demonstra integração na equipa multidisciplinar e na prestação de cuidados ao doente na UCI; - Demonstra trabalho eficaz na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

	- Aquisição de conhecimentos, através da realização de um jornal de aprendizagem reflexão e estudo para aprofundar conhecimentos teóricos e práticos sobre os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica.	
Mobilizar conceitos relacionados com o cuidar da pessoa em situação crítica em situações de urgência e emergência e falência múltipla de órgãos	- Atuação de forma pronta e antecipatória de acordo com a condição clínica dos doentes; - Colaboração na gestão de protocolos de atuação complexos (protocolos de sedação, gestão de dor, controlo de glicémia) - Prestação de cuidados à pessoa em situação crítica de acordo com a lógica de prioridades ABCDE; - Colaboração com a equipa na abordagem e tratamento do doente crítico; - Aquisição de conhecimentos através da reflexão e estudo para aprofundar conhecimentos teóricos e teórico-práticos sobre cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica; - Realização de um estudo de caso sobre uma situação clínica pertinente. - Participação em sessões de formação sobre doente crítico.	- Demonstra metodologia de trabalho eficaz, na gestão de tempo e prioridades na prestação de cuidados ao doente internado na UCI; - Desenvolve autoconhecimento e assertividade; - Cria uma dinâmica de reflexão crítica com a enfermeira orientadora e com a restante equipa multidisciplinar de forma responsável, construtiva e fundamentada; - Identifica e responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade; - Colabora com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, segundo a lógica de prioridades ABCDE; - Adequa a tecnologia e os recursos às necessidades da pessoa; - Colabora na gestão de protocolos de atuação complexos;

		- Implementa respostas de enfermagem de acordo com as complicações; - Colabora na execução de cuidados técnicos de alta complexidade à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e ou falência orgânica;
Reconhecer a importância do controlo da gestão da dor na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica	- Detecção de indicadores fisiológicos e comportamentais de dor na pessoa em situação crítica; - Aplicação de escala adequada e disponível para a monitorização da dor na pessoa em situação crítica; - Participação na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica com dor, em conjunto com a equipa multidisciplinar; - Conhecimento de protocolo de atuação no serviço perante a pessoa em situação crítica com dor e a sua gestão;	- Monitoriza a dor do doente tendo em conta os recursos disponíveis no serviço; - Regista a dor do doente de forma contínua, sistemática em processo clínico; - Deteta indicadores fisiológicos e comportamentais de dor; - Colabora ativamente na gestão da dor do doente crítico.
Reconhecer a importância da família enquanto aliada e alvo de cuidados na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica	- Prestação de cuidados ao doente, utilizando a família como recurso sempre que necessário e possível; - Identificação da pessoa significativa; - Identificação das necessidades do doente e pessoa significativa.	- Presta cuidados à pessoa, utilizando a família como recurso; - Apoia a família; - Envolve a família/pessoa significativa nos cuidados à pessoa, sempre que houver condições.

Prestar cuidados de enfermagem tendo por base a responsabilidade profissional, ética e legal, garantindo a qualidade e segurança do doente, em colaboração com a equipa	- Atuação de acordo com a Responsabilidade profissional, ética e legal; - Prestação de cuidados à pessoa, atendendo aos critérios de qualidade e segurança preconizados, no que diz respeito à administração e preparação de hemoderivados, terapêutica, diminuição do risco de infeção.	- Colabora com a equipa na prestação de cuidados de qualidade; - Reconhece quando negociar ou referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde; - Participa proactivamente na tomada de decisão da equipa multidisciplinar; - Notifica ativamente eventos nos quais esteve envolvido, para redefinição de estratégias que diminuam o risco do doente/profissional envolvido na prestação de cuidados; - Elabora um planeamento de cuidados à pessoa em situação crítica, de acordo com a evidência.
Maximizar e integrar medidas de controlo de infeção	- Execução de procedimentos conforme as <i>bundles</i> de prevenção de infeção; - Prestação de cuidados respeitando os procedimentos na prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão na pessoa em situação crítica; - Monitorização e reflexão junto da equipa acerca das medidas de prevenção e controlo de infeção em vigor na instituição.	- Demonstra conhecimento sobre os circuitos em situações de isolamento na prevenção, intervenção e controlo de infeção; - Atua de acordo com os critérios de qualidade definidos pelo serviço, princípios de segurança e medidas <i>standard</i> de prevenção e controlo de infeção (lavagem e desinfeção das mãos e uso correto de EPI,s)

Conhecer estratégias de comunicação a utilizar pela equipa de cuidados para garantir uma transição segura de cuidados da pessoa em situação crítica e família.	- Aprofundamento de competências comunicacionais adaptadas à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica família na UCI; - Conhecimento de protocolo/modelo de comunicação da informação na transição de cuidados; - Comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar e com os serviços; - Partilha de evidência entre pares através da divulgação dos resultados da revisão integrativa da literatura.	- Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do estado de saúde; - Transmite a informação na transição de cuidados de forma eficaz com recurso a modelos de sistematização de informação; - Adapta a comunicação à complexidade do estado da pessoa em situação crítica; - Demonstra conhecimentos de técnicas de comunicação perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica;
Compreender o processo de gestão de recursos humanos e materiais na UCI	- Acompanhamento durante 1 a 2 turnos ao Enfermeiro Chefe da UCI na distribuição de recursos humanos; - Colaboração/acompanhamento ao Enfermeiro responsável pela gestão dos recursos materiais e farmácia.	- Colabora na otimização do trabalho em equipa; - Integra a equipa multidisciplinar na abordagem à pessoa em situação crítica.

ANEXOS

Anexo I - Declaração de publicação da RIL



Brazilian Journal of Health Review

DECLARAÇÃO

A Revista Brazilian Journal of Health Review, ISSN 2595-6825, Qualis B3, declara para os devidos fins, que o artigo intitulado **“A comunicação da equipa na promoção da segurança da pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura”** de autoria de Paula Cristina Aguiar Oliveira, Joana Moreira Ferreira Teixeira, foi publicado no v. 6, n. 1 p. 3392-3411.

A revista é on-line, e os artigos podem ser encontrados ao acessar o link:

<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/issue/view/198>

DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n1-266>

Por ser a expressão da verdade, firmamos a presente declaração.

São José dos Pinhais, 14 de Fevereiro de 2023.

Prof. Dr. Edilson Antonio Catapan
Editor Chefe



QR de validade da publicação

Anexo II – Certificado de participação no curso ATCN

Para os devidos efeitos se declara que a Enf.^a Paula Cristina de Aguiar Oliveira participou no Curso **Advanced Trauma Care for Nurses - ATCN[®]**, realizado nos dias 19 e 20 de março de 2022, em Lisboa, com a duração de 25 horas teórico-práticas.

Coordenador do Curso

Carla Nascimento
Carla Nascimento

Anexo III - Certificado de participação no congresso em Urgência e Emergência

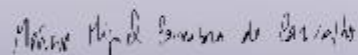
Certificado



Certifica-se que Paula Cristina Aguiar Oliveira, com o cartão de cidadão nº 11760597, participou como **Congressista** no **1º Congresso de Enfermagem em Urgência e Emergência do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)**, que se realizou no Centro de Congressos do CHUC, nos dias 19 e 20 maio 2022.

Este evento técnico-científico está acreditado pela Ordem dos Enfermeiros, para efeitos de qualificação profissional, com a atribuição de **0,6** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP).

Coimbra, 26 maio 2022



Márcio Carvalho
Presidente da Comissão
Organizadora



Áurea Andrade
Enfermeira Diretora do CHUC

1º CONGRESSO DE ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Centro Hospitalar e
Universitário de Coimbra

DESAFIO EMERGENTE

Centro de Congressos do CHUC
19 e 20 maio 2022

Organização:



TERTÚLIA EMERGENTE
ASSOCIAÇÃO DE ENFERMEIROS



**Anexo IV - Certificado de participação na formação – Gestão do Risco e
Segurança do doente**



CENTRO DE FORMAÇÃO

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE. EPE

Acreditado pela ACSS processo de renovação n.º 015/19-10-2000 e despacho ministerial de 26-01-2001
Entidade equiparada a certificada pela DGERT, de acordo com o artigo 4º da Portaria n.º 851/2010 de 6-09-2010

CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Certifica-se que, **Paula Cristina de Aguiar Oliveira**, natural de Sátão, nascida a 21-05-1980, nacionalidade Portuguesa, do sexo Feminino, com o Documento de Identificação n.º 11760597-2zx9, válido até 10-02-2031, frequentou de 13-10-2022 a 27-10-2022, com a duração total de 12h00 horas, o Curso de Formação Profissional

Gestão de Risco e Segurança do Doente

Lisboa, 03 de novembro de 2022

O Responsável pela Entidade Formadora

Alexandra Costa
Diretora do Centro de Formação do CHULN

Certificado N.º 464/2022

CENTRO DE FORMAÇÃO

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 108 – Fax: 217 805 603

www.chin.pt

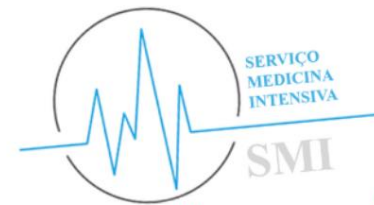
Mod.055/006/CF-CHULN

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000

www.chin.pt

Anexo V – Certificado de participação nas Jornadas em Cuidados Intensivos

JORNADAS DE REFLEXÃO DO SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA DO CHTS



Hybrid edition 2.2

*Obrigado(a) pela sua
Participação!*

Esperamos que tenha gostado da sua participação, foi muito importante para nós a sua presença.

Estamos extremamente gratos!