



Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Marta Sónia Loureiro Neto

IMPLEMENTAÇÃO DA TÉCNICA ISBAR NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA

Marta Neto
IMPLEMENTAÇÃO DA TÉCNICA ISBAR NUM
SERVIÇO DE URGÊNCIA



Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Marta Sónia Loureiro Neto

IMPLEMENTAÇÃO DA TÉCNICA ISBAR NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA

Relatório de Estágio
Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação
Crítica

Trabalho realizado sob a orientação da
Professora Doutora Paula Encarnação

outubro de 2022

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição-NãoComercial-SemDerivações

CC BY-NC-ND

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, em preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio do mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!”

Florence Nightingale

(Riverside Press, 1871)

AGRADECIMENTOS

A todos os que cruzaram o meu caminho profissional e me motivaram para o meu crescimento científico, sem eles não teria tido coragem para me candidatar e começar este percurso.

A todos os fantásticos colegas que conheci neste caminho, foram sinónimo de companheirismo, alegria e resiliência.

A toda a equipa de Enfermagem do serviço de Urgência Médico-Cirúrgica onde desenvolvi este estágio, obrigada pela excelente receção e por toda a aprendizagem, paciência e ajuda.

Em especial, um enorme OBRIGADA à Enfermeira Cláudia! Pela orientação, dedicação, por me incentivar constantemente a ser Especialista, por acreditar até ao fim, por toda a sabedoria, por todo o cansaço partilhado, por todos os elogios, por todas as correções...serei infinitamente grata por ter cruzado o meu caminho...um exemplo de profissionalismo e de dignificação do papel do Enfermeiro Especialista.

À querida Professora Paula Encarnação, uma das impulsionadoras da minha escolha para este caminho, que mesmo antes de o começar já acreditava que seguiria para o Mestrado. Obrigada por acreditar, encaminhar e acompanhar! Obrigada pela presença incansável e pelo voto de confiança firme. Um dia gostava de ser, nem que fosse um bocadinho apenas, como a professora!

E por fim aquele OBRIGADA mais importante para a pessoa que aguentou firme e sempre ao meu lado nas fases mais difíceis, nos momentos em que a palavra desistir pairou na minha mente, desde o dia em que entreguei a candidatura, ao dia em que soube que fui admitida, aos dias passados em frente a um ecrã a assistir às aulas em plena pandemia, aos turnos exaustivos de estágio, às horas de escrita para este relatório...sem ti tenho a certeza que não teria alcançado este momento! Obrigada marido!

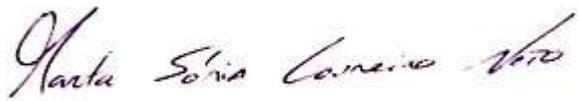
DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Universidade do Minho, 26 de outubro de 2022

Nome completo: Marta Sónia Loureiro Neto

A handwritten signature in black ink, reading "Marta Sónia Loureiro Neto". The signature is written in a cursive style with a large initial 'M'.

RESUMO

No âmbito da Unidade Curricular Opção – Estágio, do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica da Universidade do Minho em consórcio com a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, surge o presente Relatório que explana a análise crítico-reflexiva da aquisição de competências. Inspirados no modelo de aquisição de competências proposto por Patricia Benner e seguindo como referencial teórico Virgínia Henderson, descrevemos o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica num serviço de Urgência Médico-Cirúrgica de um Centro Hospitalar da região Norte de Portugal. O estágio permitiu-nos reconhecer a necessidade de cuidados altamente qualificados para a complexidade do cuidar a pessoa, família/cuidador em situação de emergência, exceção e catástrofe. Tendo, ainda, como objetivo a elaboração e implementação de uma intervenção em serviço sustentamo-nos na Metodologia de Trabalho de Projeto para dar resposta a uma problemática identificada: a ausência de uma comunicação padronizada entre os enfermeiros, com recurso à técnica ISBAR, no momento de transição de cuidados. Fomentando a prática baseada na evidência realizamos uma *Rapid Review* que produziu o quadro conceptual das atividades executadas ao longo do trabalho de Projeto para criar uma proposta de implementação no serviço de urgência, da técnica ISBAR, defendida universalmente como ferramenta de padronização da comunicação, na transição de cuidados ao doente crítico. Na procura pela melhoria contínua da qualidade o Enfermeiro Especialista tem um papel diferenciador na garantia da eficácia da comunicação para a segurança dos cuidados ao doente crítico. Este percurso marca uma transformação pessoal e profissional concebendo uma nova visão na procura incessante pela qualidade, excelência e respeito pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Palavras-chave: Comunicação; Enfermeiro; ISBAR; Transferência da Responsabilidade pelo Paciente.

ABSTRACT

Within the scope of the Curricular Unit Option – Internship of the Master's degree in Nursing of the Person in Critical Situation of University of Minho in consortium with the University of Trás-os-Montes e Alto Douro, comes the present Report that explains the critical-reflexive analysis of the acquisition of competences. Inspired by the competence acquisition model proposed by Patricia Benner and following as theoretical reference Virgínia Henderson, we describe the development of scientific, technical and human competences common and specific to the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in the area of the person in critical situation in a Medical-Surgical Emergency Service of a Hospital Center in the North region of Portugal. The internship allowed to recognize the need for highly qualified care the complexity of caring for the person, family/caregiver in emergency, exception and catastrophe situations. Also, with the objective of elaborating and implementing an intervention in service, we are based on the Project Work Methodology to address an identified problem: the absence of standardized communication between nurses, using the ISBAR technique, at the time of transition of care. Fostering evidence-based practice, we've created carried a Rapid Review that produced the conceptual framework of the activities carried out throughout the Project work to create a proposal for the implementation of the ISBAR technique in an emergency service, universally defended as a communication standardization tool, in the transition of care to critically ill patients. On continuous searching for quality improvement, the Specialist Nurse has a differentiating role in ensuring the effectiveness of communication for the safety of care for critical patients. This path marks a personal and professional transformation, conceiving a new vision in the incessant search for quality, excellence and respect for the Quality Standards of Specialized Nursing Care for the Person in Critical Situation.

Keywords: Communication; Nurse; ISBAR; Patient Handoff

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO I – O PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS	17
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO – SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICA.....	19
2. O ENFERMEIRO ESPECIALISTA: DA GLOBALIDADE À ESPECIFICIDADE.....	23
2.1. AS COMPETÊNCIAS COMUNS.....	26
2.2. AS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	42
CAPÍTULO II – INTERVENÇÃO EM SERVIÇO.....	57
1. METODOLOGIA DE PROJETO	59
1.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	60
1.2. DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS	65
1.3. PLANEAMENTO	66
1.4. EXECUÇÃO	69
1.5. AVALIAÇÃO.....	85
1.6. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS.....	92
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	94
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	97
ANEXOS.....	103
Anexo 1 - Certificado de apresentação de poster na “7th edition of the Phi-Xi Talk: "Healthcare Safety: from practice to regulation" da Phi-Xi Chapter of Sigma Theta Tau International	104
Anexo 2 - Poster apresentado na “7th edition of the Phi-Xi Talk: "Healthcare Safety: from practice to regulation" da Phi-Xi Chapter of Sigma Theta Tau International	105

Anexo 3 - Certificado de frequência de formação profissional: Suporte Avançado de Vida Cardiovascular.....	106
Anexo 4 - Certificado do <i>Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS)</i> da American Heart Association	107
Anexo 5 - Certificado de Presença no VI Congresso da Ordem dos Enfermeiros	108
Anexo 6 - Certificado de presença na <i>"7th edition of the Phi-Xi Talk: "Healthcare Safety: from practice to regulation"</i> da Phi-Xi Chapter of Sigma Theta Tau International	109
Anexo 7 - Certificado de participação no 1º Congresso de Enfermagem em Urgência e Emergência do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC).....	110
Anexo 8 - Plano de Ação de Formação	111
Anexo 9 - Boletim de inscrição em Ação de Formação	112
Anexo 10 - Registo de presenças e sumário	113
Anexo 11 - Relatório de Curso/Ação de Formação.....	114
Anexo 12 - Formação em serviço: "A técnica ISBAR na transição de cuidados.....	115
Anexo 13 - Poster "A técnica de ISBAR"	122
Anexo 14 - "Registo de passagem de turno – Enfermagem (ISBAR)	123
Anexo 15 - Questionário de Avaliação da Ação de Formação.....	124
Anexo 16 - Questionário de Avaliação pelo formador	125
Anexo 17 - Grelha de Observação da técnica ISBAR.....	126
Anexo 18 - Certificado de apresentação de poster no VI Congresso da Ordem dos Enfermeiros.....	127
Anexo 19 - Poster apresentado no VI Congresso da Ordem dos Enfermeiros.....	128

LISTA DE SIGLAS

AAD – Auxiliares de Ação Direta

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

ADR - Área Doentes Respiratórios

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CA - Conselho de Administração

CD - Código Deontológico

COVID-19 - *Coronavirus Disease 2019*

DeCS/MeSH - Descritores em Ciências da Saúde/*Medical Subject Headings*

DGS – Direção-Geral da Saúde

DR - Diário da República

EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio

EEMC- Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

EOE - Estatuto da Ordem dos Enfermeiros

EPI - Equipamento de Proteção Individual

ESE-UMinho - Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho

GCL - Grupo de Controlo Local

ICD - Internamento de Curta Duração

JCI – *Joint Comission Internacional*

KPC - *Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PBCI – Precauções Básicas de Controlo da Infeção

PCR – Paragem Cardiorespiratória

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

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

PQCE - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

PQCEEEPSC - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

PSC - Pessoa em Situação Crítica

SAV – Suporte Avançado de Vida

SE – Sala de Emergência

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

SUB – Serviço de Urgência Básico

SUMC - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

SV – Sinais Vitais

UCIM – Unidade de Cuidados Intermédios

UM – Universidade do Minho

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

LISTA DE ABREVIATURAS

et al. - e colaboradores

etc. – *et cetera*

ex. – exemplo

h - horas

n.º - número

p. - página

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Cronograma das atividades do Projeto	69
Quadro 2 – Questão de pesquisa orientada pelo acrónimo PICOS	72
Quadro 3 – Tratamento dos dados do “Questionário de avaliação da ação de formação”	89

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Extração de dados dos estudos	75
--	----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Diagrama de fluxo da <i>Rapid Review</i>	74
---	----

INTRODUÇÃO

Com a evolução do conhecimento que o ser humano alcança, a ciência e as disciplinas que com ele coexistem, sofrem uma colossal imposição para o acompanhamento deste fenómeno. A preocupação com o alcance da verdade do conhecimento, do “saber porque fazer”, a carência de explorar para executar a melhor prática e a evolução da sociedade e dos avanços tecnológicos, gerou nas profissões modernas, a busca pela explicação científica da atuação profissional e do seu estatuto na investigação. A Enfermagem, ao longo dos anos, sentiu a necessidade do seu avanço enquanto profissão fundamentada na ciência e na investigação, com um pensar próprio, característico e singular.

Para a melhoria contínua dos cuidados de Enfermagem baseados em conhecimento científico atualizado, a formação permanente dos enfermeiros é já uma exigência longinquamente reconhecida quer para e pelos profissionais, quer pelas instituições de saúde e organismos governamentais. A contínua formação, a participação ativa em investigação científica e a prática baseada na evidência são requisitos para a excelência do exercício profissional de todos os enfermeiros, para a concretização dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE) e até para o cumprimento da primordial Lei de Bases da Saúde (1990).

Torna-se inevitável citar a pandemia mundial provocada pela doença do novo Coronavírus, declarada mundialmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a 11 de março de 2020, com a designação de *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19) e que veio evidenciar ao mundo a importância dos profissionais de saúde e mostrar o complexo pensamento crítico e a prática baseada na evidência que os enfermeiros carecem de empregar no ato de cuidar. É durante esta pandemia e pela necessidade de aprofundarmos os conhecimentos sobre o doente crítico e os cuidados de Enfermagem mais especializados que surge o ingresso no Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho (ESE-UMinho) em consórcio com a Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, aprovado pelo Despacho n.º 14799/2012 publicado em Diário da República (DR), 2.ª série - N.º 223 de 19 de novembro de 2012. O

ciclo de estudos que se pretende concluir é conducente ao grau de mestre e para cumprimento do disposto no artigo 20º do Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 março, alterado pelo Decreto-Lei n.º 107/2008 de 25 de junho e pelo Decreto-Lei n.º 230/2009 de 14 de setembro integramos um estágio de natureza profissional no âmbito da Unidade Curricular de Opção – Estágio com a redação de um relatório final.

Foram delineados os seguintes objetivos para o presente Relatório de Estágio:

- . Descrever a prática clínica de Enfermagem de um enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no estágio realizado num serviço de urgência Médico-Cirúrgica;
- . Analisar criticamente o percurso de aquisição de competências técnicas e científicas no âmbito da especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica dirigida à pessoa em situação crítica;
- . Descrever o processo de desenvolvimento e implementação de um Projeto de Intervenção em Serviço a partir da metodologia de trabalho de projeto.

Estruturalmente este relatório encontra-se dividido em cinco capítulos distintos. No primeiro faz-se uma breve introdução onde se abordam as linhas orientadoras, definem-se os objetivos, a metodologia utilizada e faz-se alusão à estrutura do trabalho. No segundo procede-se à análise e reflexão crítica da aquisição de competências onde é feita a apresentação detalhada do serviço onde decorreu o estágio, bem como, de toda a aprendizagem enquanto estudantes da especialidade que nos permitiu o ganho de competências exigidas ao enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) e especificamente na Pessoa em Situação Crítica (PSC). O terceiro capítulo é inteiramente dedicado a um projeto de intervenção em serviço que permitiu o ganho de competências no domínio da investigação. Diagnosticou-se uma problemática relacionada com a prática do cuidar a PSC que despertou interesse à sua resolução durante o estágio – a ausência de uma comunicação uniformizada com recurso a técnicas padronizadas reconhecidas para os serviços de saúde, especificamente, nos momentos de transição de cuidados. A intervenção em serviço segue pormenorizadamente todas as etapas da metodologia de trabalho de projeto e comporta neste capítulo uma *Rapid Review* para aprofundamento e enquadramento teórico e conceptual da temática estudada. No quarto capítulo são apresentadas considerações finais conclusivas sobre todo o relatório de estágio e o quinto

capítulo é reservado para a exposição de todas as referências bibliográficas que suportaram o trabalho elaboradas conforme a norma da *American Psychological Association* na sua 7ª edição.

Para assegurar o anonimato da instituição de saúde onde foi realizado o estágio a mesma será designada apenas por Centro Hospitalar ao longo de todo este documento. A redação deste documento é feita de acordo com o novo acordo ortográfico português aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 8/2011 publicado no DR, 1.ª série - N.º 17 de 25 de janeiro de 2011, com exceção para as citações diretas de autores. Segue conjuntamente as normas de formatação gráfica da Universidade do Minho (UM) emitidas no Despacho RT-31/2019.

CAPÍTULO I – O PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

A nossa escolha pela frequência da Unidade Curricular de Opção – Estágio visou o desenvolvimento e a aquisição das competências técnicas e científicas específicas do enfermeiro EEMC na área de Enfermagem à PSC que nos permitirá posteriormente a atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

O alcance das competências inerentes ao cuidar especializado desde a sua globalidade à sua especificidade constituíram a linha condutora dos objetivos para a nossa prestação em estágio.

No capítulo que se inaugura será efetuada a apresentação da instituição de saúde e do serviço onde decorreu o estágio e executado um relato das práticas vivenciadas, tal como defendido por Patrícia Benner (2001):

O facto de não termos relatado o que fizemos e observado sobre o terreno, privou a teoria em ciências da Enfermagem daquilo que é a especificidade e a riqueza do conhecimento contido na prática clínica. Práticas bem relatadas e observações claramente expostas são essenciais para o desenvolvimento da teoria. (p. 26)

Além da narração será executada necessariamente uma análise crítico-reflexiva dos momentos de aprendizagem que permitiram alcançar um nível de competência superior e especializado.

Previamente estabelecemos como objetivos para o estágio:

- . Identificar as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica dirigida à Pessoa em Situação Crítica;
- . Analisar o papel diferenciador do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica dirigida à Pessoa em Situação Crítica num Serviço de Urgência;

- . Adquirir competências técnicas e científicas para cuidar a Pessoa em Situação Crítica;
- . Desenvolver uma intervenção em serviço sobre uma problemática do contexto da prática cuidados especializados à Pessoa em Situação Crítica utilizando a metodologia de trabalho de projeto.

O estágio decorreu no período compreendido entre 7 de fevereiro e 25 de junho de 2022, no Serviço de Urgência (SU) de um Centro Hospitalar da região norte de Portugal. Teve supervisão clínica de uma Mestre em EMC na área de Enfermagem à PSC pertencente à equipa de Enfermagem desse serviço, bem como do enfermeiro gestor do mesmo. A supervisão pedagógica foi realizada por uma docente da ESE-UMinho especialista em EMC. Foi executado rollman perfazendo um total de 420 horas conforme disposto no Despacho n.º 14799/2012 do DR, 2.ª série - N.º 223 de 19 de novembro.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO – SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICA

Em Portugal um SU é reconhecido como a porta de entrada mais rápida, fácil e universal para o Serviço Nacional de Saúde (SNS). Desde a criação do SNS (1979) e com ele o surgimento de instituições hospitalares que os SU são diariamente procurados pelos cidadãos mostrando um propósito importante e essencial no seio de uma rede de referenciação hospitalar.

Este fenómeno desencadeou ao longo dos anos mudanças drásticas e reformulações nestes serviços de forma a tentarem dar resposta ao crescente número de episódios de admissão. Em 2001 é criada pelo Ministério da Saúde a “Rede Hospitalar de Urgência/Emergência” para garantir o mais correto encaminhamento de toda a população aos diversos serviços de saúde. Nesse documento, quando referenciado o SU, é estabelecida a designação de “urgência” e “emergência”: “todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais” e “situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais” (DGS, 2001, p. 7) ambos a definirem situações válidas de encaminhamento a um SU hospitalar.

Chegando a tempos mais recentes e às normas vigentes verificamos que a entidade responsável pela administração de todo o SNS, a Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS) designa que um SU “tem por objetivo a receção, diagnóstico e tratamento de doentes acidentados ou com doenças súbitas que necessitem de atendimento imediato em meio hospitalar” (2015, p. 1) e que no Despacho n.º 10319/2014 publicado em DR, 2.ª série - N.º 153 a 11 de agosto foi determinada,

A estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré-hospitalar, os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência (SU), bem como estabelece padrões mínimos relativos à sua estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade e define o processo de monitorização e avaliação. (2014, p. 20673)

Este despacho veio substituir a antiga designação das tipologias dos SU, Médico-Cirúrgica e Polivalente, dividindo-os em três níveis por ordem crescente de recursos e de capacidade de resposta: Serviço de Urgência Básico (SUB), Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) e Serviço de Urgência Polivalente (SUP).

Vamos focar-nos na definição e apresentação do SUMC visto trata-se do nível no qual decorreu o estágio.

O SUMC,

É o segundo nível de acolhimento das situações de urgência, devendo existir em rede, localizando-se como forma primordial de apoio diferenciado à rede de SUB e referenciando para SUP situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades não existentes no SUMC, definidas nas respetivas redes de referência. (Ministério da Saúde, 2014, p. 20673)

Foram definidas regras de distribuição nacional dos SUMC garantindo uma distância de acesso à população de, no máximo, 60 minutos devendo dispor de: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica e outros profissionais de saúde com especialização adequada distribuídos pelas valências médicas obrigatórias em permanência e equipamento mínimo: Medicina Interna, Pediatria, Cirurgia Geral, Ortopedia, Anestesiologia, Imuno-Hemoterapia, Bloco Operatório, Imagiologia, Patologia Clínica. Deve ainda estar dotada de Sala de Emergência (SE) com equipa especializada e uma Unidade de Cuidados Intermédios (UCIM). O SUMC deve manter a formação aos profissionais de saúde atualizada em Suporte Avançado de Vida (SAV) e transporte do doente crítico e dispor de uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) em gestão integrada.

O Centro Hospitalar que contém o SUMC onde decorreu o estágio foi criado pelo Decreto-Lei n.º 50-A/2007 publicado no DR, 1ª série - N.º 46 de 6 de março e resulta da fusão de duas unidades de saúde anteriormente independentes. Pertence à Administração Regional de Saúde do Norte e constitui, de acordo com o artigo 5.º do Decreto-Lei supracitado, um Estabelecimento Público do SNS, de natureza empresarial, dotado de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do Decreto-Lei n.º 558/99 do DR, 1ª série - N.º 292 de 17 de dezembro e do artigo 18.º do anexo da Lei n.º 27/2002 do DR, 1ª série - N.º 258 de 8 de novembro. Foi classificado, pela Portaria n.º 82/2014 do DR, 1.ª série - N.º 71 de 10 de abril como um hospital pertencente ao grupo I: “apresentam exclusivamente uma área influência direta (...) e estabelecem relações de referência com instituições do grupo II e grupo III para as áreas em que não tenham capacidade técnica ou recursos disponíveis” (2014, p. 2365) e é integrado nos hospitais do grupo B pela ACSS.

Apresenta como valores: rigor, transparência, inovação, qualidade, responsabilidade, performance e equidade. A sua missão é prestar cuidados de saúde acessíveis, eficientes e que permitam ganhos em saúde não descuidando o ensino, a formação e a promoção da investigação científica. Detém 3 concelhos como área de influência dando resposta de saúde a cerca de 240000 habitantes com serviços divididos em “prestação de cuidados”, “apoio à prestação de cuidados” e “gestão, logística e apoio geral” sob subordinação direta do Conselho de Administração (CA).

Um dos serviços que este Centro Hospitalar possui é o referido SUMC que passamos a apresentar. O SUMC encontra-se dividido em três valências de atendimento: adultos (>18 anos), pediátrica e obstétrica. Como o estágio foi integralmente realizado na valência de adultos será este o nosso foco de exposição. São diversas as áreas funcionais de atendimento e prestação de cuidados a adultos acessíveis após admissão e receção na área de carácter administrativo. Após a admissão o doente é encaminhado para a área de triagem onde é estabelecida, por 1 enfermeiro, a classificação da prioridade de atendimento do doente seguindo o protocolo da Triagem de Manchester. Esta prioridade identifica também a área funcional de atendimento onde o doente seguidamente é observado pela especialidade médica mais adequada consoante a gravidade e tipologia de sintomas: área de cadeirões e nebulizações, área amarela, área laranja, área de trauma, área de internamento de curta duração (ICD), área de isolamento, UCIM, SE e uma área dedicada a doentes

respiratórios (ADR). Todas estas áreas, à exceção da SE que tem dotação de material específica, possuem dois monitores de sinais vitais (SV), carros de apoio equipados de diversos materiais clínicos para a execução de procedimentos de Enfermagem (cateterização de veia periférica, administração de medicação, cateterismo urinário, tratamento de feridas, aspiração de secreções, entubação nasogástrica e cuidados de higiene e conforto), zonas destinadas a armazenamento de equipamentos de proteção individual (EPI), contentores para resíduos hospitalares dos grupos I, II, III e IV, bem como rampas de oxigénio, ar comprimido e vácuo.

Numa localização central do SUMC encontra-se a designada “área clínica” circundada na totalidade por vidro de onde as equipas de Enfermagem e médica podem estabelecer a observação direta dos doentes, assim como documentar os cuidados prestados aos doentes nos computadores aí existentes.

O serviço é gerido por um diretor clínico com formação médica em medicina interna e competência em emergência médica e por um enfermeiro gestor com especialidade em EMC e competência acrescida avançada em gestão que tem como apoio direto uma enfermeira nomeada para a colaboração na gestão de recursos. A equipa de Enfermagem é composta por 21 enfermeiros especialistas (11 especialistas em EMC, um em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, quatro em Enfermagem de Reabilitação e cinco em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria) e 57 enfermeiros generalistas, todos eles a desempenharem funções em exclusivo neste serviço. A completude da equipa de Enfermagem possui formação em SAV, *International Trauma Life Support* e curso de Triagem de Manchester atualizados. Nos turnos diurnos a equipa de Enfermagem a assegurar funções tem um rácio de 14 elementos contando com a presença do enfermeiro gestor e da enfermeira de apoio à gestão e, no turno noturno, estão ao serviço 12 elementos. Todos os dias estes enfermeiros têm acesso a uma distribuição de funções pelas áreas funcionais do SUMC a que estarão afetos durante o turno: dois para a área de triagem, dois para a área de trauma, um para a área laranja, um para a área amarela, um para a área de ICD, dois para a ADR de adultos, um para a ADR pediátrica, dois para a urgência pediátrica e dois na UCIM ficando designado um com a função de responsável de turno.

2. O ENFERMEIRO ESPECIALISTA: DA GLOBALIDADE À ESPECIFICIDADE

As mudanças paradigmáticas que a disciplina de Enfermagem foi sofrendo na modernidade e pós-modernidade construíram uma nova visão dos cuidados de Enfermagem. O avanço tecnológico e o crescimento exponencial do conhecimento científico obrigaram os enfermeiros a refletirem sobre a dinâmica e os limites da sua atuação profissional, transpondo a barreira dos alicerces teóricos, filosóficos e históricos. A exigência da sociedade atual instiga o enfermeiro a uma atualização epistemológica para proporcionar um processo de cuidar holístico, integral e humanizado cimentado num conhecimento teórico basilar, mas materializado numa prática clínica diária incessantemente atualizada pelo conhecimento científico. A evolução do conhecimento clínico do enfermeiro dá-se num processo faseado, subjetivo, informal e individual ao longo do tempo de exercício profissional exigindo dedicação e aprendizagem constante com as vivências dos cuidados. Parte deste processo nasce naturalmente com o cuidar diário do enfermeiro: o toque, a monitorização, a observação da evolução clínica do doente, a avaliação após as intervenções terapêuticas e as reflexões em equipa.

Neste capítulo pretendemos apresentar e explicar a transição do papel de enfermeira de cuidados gerais para enfermeira especialista, ou seja, a aplicação dos conhecimentos teóricos adquiridos nas aulas deste Mestrado vertidos, agora, na prática clínica ao longo do estágio do 3º semestre.

Para tal, iremos inspirar-nos ao longo desta análise na obra de Patricia Benner (2001) que aplica o modelo de aquisição de competências de Dreyfus à Enfermagem onde define que a competência do enfermeiro desenvolve-se pela capacidade de executar uma tarefa com o resultado desejável perante condições variadas do contexto real percorrendo em crescendo cinco níveis de capacidades: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito, evoluindo em conhecimento através da experiência em contexto real. Patricia Benner (2001) quando estudou a aplicabilidade do modelo de competências à profissão de Enfermagem constatou que os modelos estruturais formais e toda a teoria sobre processos e formas de análise para a tomada de decisão perante um doente devem ser apreendidas,

compreendidas e integradas, mas não podem ser limitativas indo ao encontro do defendido por Oliveira & Queirós (2015), que narram a competência em Enfermagem “como os níveis esperados de conhecimentos, atitudes, habilidades e valores. A competência é entendida como um elemento-chave na qualidade e na segurança” (p. 78). Nesta lógica de pensamento é exetável que no patamar de perito o enfermeiro respeite as teorias, normativas e protocolos, mas possua de forma automática e quase inexplicável uma atuação ímpar pela interpretação da realidade vivenciada, o contexto inerente e as significações mais introspectivas do profissional. O verdadeiro olhar clínico que lhe permite cuidar de forma singular e especial, muito além do que já era conhecido em teoria ou passível de ser mensurado.

À luz do modelo citado e analisando a nossa prática profissional vigente consideramos que, o nosso nível de competência como enfermeira de cuidados gerais, enquadra-se no descrito no nível 4 “Proficiente”, ou seja, já há aquisição da capacidade de

Apercebe-se das situações como uma globalidade e não em termos de aspectos isolados, e as suas acções são guiadas por máximas. A percepção é aqui uma palavra chave. A perspectiva não é muito bem pensada, mas "apresenta-se por si mesma", porque é fundada sobre a experiência e os acontecimentos recentes. (Benner, 2001, p. 55)

O conhecimento adquirido quer pela teoria quer pela experiência profissional ao longo dos anos foi formando premissas, capacidade de análise crítica e atitude profissional menos guiadas por tarefas obrigatórias e mais centradas numa análise holística do doente. Os anos de prática profissional numa Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) permitiram perfilhar prioridades num doente, reconhecer sinais e sintomas comuns de instabilidade hemodinâmica e de aprender a iniciar intervenções de Enfermagem de carácter preventivo nas situações mais inesperadas. No entanto, esta experiência já adquirida e este nível de competência alcançado ficavam aquém das expetativas quando se tratava de cuidar, especificamente, a PSC. Essa autoavaliação permitiu reconhecer a necessidade de aquisição de novos saberes teóricos e práticos. No que diz respeito ao papel e às competências do enfermeiro em situações emergentes e complexas, como por exemplo perante um doente em falência multiorgânica ou em paragem cardiorrespiratória (PCR), apesar de possuímos o conhecimento teórico necessário ao reconhecimento e à atuação este apenas se centrava

em protocolos e algoritmos memorizados, necessitando de formação acrescida no estabelecimento de prioridades necessárias à diferenciação do enfermeiro especialista. Assim consideramos que nos situamos no nível de competência três (competente) para esse cuidar tão específico, porque “a enfermeira competente não tem a rapidez nem a maleabilidade da enfermeira proficiente, mas tem o sentimento que sabe bem das coisas e que é capaz de fazer frente a muitos imprevistos que são o normal na prática da Enfermagem” (Benner, 2001, p. 54).

Era então necessário alcançarmos um nível de competência superior face às competências exigidas ao enfermeiro especialista EEMC na área de Enfermagem à PSC para recebermos de forma digna e justa o tão desejado título e fazer jus ao reconhecido no modelo de Dreyfus (2001) “com a experiência e o domínio, a competência transforma-se. E esta mudança leva a um melhoramento das actuações” (p. 63).

O estudo que Benner (2001) fez sobre a aplicação do modelo de Dreyfus à profissão de Enfermagem permitiu-nos ter uma nova perspectiva da evolução do conhecimento que o enfermeiro alcança e compreender que o crescimento de um profissional resulta de uma erupção com epicentro na sua formação de base sólida, rígida e teórica e evolui com réplicas ao longo do desempenho da sua carreira, onde a capacidade individual de apreender e integrar novo e diferenciado conhecimento advindo do contexto clínico ditam a sua assunção ao nível de perito. Refletimos, assim, que para a aquisição das competências do enfermeiro especialista a que nos propomos é de facto imprescindível a experiência em contexto clínico *in situ*, mas não menos importante, a determinação de um quadro conceptual onde enquadrássemos um referencial teórico para a nossa prestação em estágio, pois, a prática baseada na teoria, permite servir de guia nos cuidados de Enfermagem de forma organizada e instruída desenvolvendo a nossa identidade enquanto enfermeiros (Kérouac et al., 1996; Tomey & Alligood, 2004). O Centro Hospitalar descrito e, especificamente, o SUMC não apresentam orientações nem suporte numa filosofia teórica de Enfermagem que oriente a prática dos cuidados. Apesar da Enfermagem, hoje reconhecida como disciplina científica, ter uma visão multiparadigmática em concordância quanto aos conceitos basilares da disciplina, observamos o objetivo principal do cuidar neste SUMC (a estabilização e manutenção das funções vitais dos doentes) e a estruturação do processo de Enfermagem e preconizamos que o modelo dos cuidados que analisamos é

alicerçado na Escola das Necessidades e escolhemos Virgínia Henderson como modelo de referência da base conceptual.

Virgínia Henderson define que,

A única função da enfermeira é a de assistir o indivíduo, doente ou saudável, no desempenho das actividades que contribuem para a saúde ou para sua recuperação (ou para a morte pacífica) que executaria sem auxílio caso tivesse a força, a vontade e os conhecimentos necessários. E fazê-lo de modo a ajudá-lo a conseguir a independência tão rapidamente quanto possível. (Tomey & Alligood, 2004, p. 114)

Henderson inspirada num conjunto de teorias desenvolveu vários pressupostos sobre a função da Enfermagem e o seu foco de intervenção de onde resumimos que o enfermeiro, como elemento independente no seio de uma equipa multidisciplinar, tem o papel primordial de estabelecer um diagnóstico de Enfermagem, intervir de acordo e avaliar as suas intervenções englobando, satisfazendo e levando à independência das catorze necessidades básicas. Nesta atuação o enfermeiro estabelece, com enfoque na segurança do ambiente circundante, uma relação de ajuda com o doente tendo em conta o seu contexto social, religioso e cultural e envolvendo a família como uma só unidade, estimulando constantemente a independência (Tomey & Alligood, 2004). Reconhecemos que este modelo está implícito no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) onde as definições de Enfermagem e suas intervenções, a caracterização dos cuidados de Enfermagem e a defesa pelo uso de metodologia científica através do processo de Enfermagem vão de encontro ao preconizado por Virgínia Henderson.

2.1. AS COMPETÊNCIAS COMUNS

A OE (2019, p. 4744) assume que a diferenciação e especialização dos enfermeiros encontra-se atualmente em intensificação para dar resposta à crescente importância que é atribuída aos cuidados de saúde e, especificamente, aos cuidados de Enfermagem e à exigência técnica e científica que é solicitada.

O Regulamento n.º 140/2019 publicado no DR, 2.ª série - N.º 26 a 6 de fevereiro veio colocar em conformidade o REPE com o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE) em vigor e com os cuidados de Enfermagem mais atuais.

O enfermeiro especialista é assim definido como

Aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de Enfermagem especializados nas áreas de especialidade em Enfermagem, e que viu ser-lhe atribuído, nos termos do disposto na alínea i) do n.º 3 do artigo 3.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conjugado com o Regulamento n.º 392/2018, de 28 de junho, que define a Inscrição, Atribuição de Títulos e Emissão de Cédula Profissional, o título de Enfermeiro Especialista numa das especialidades em Enfermagem previstas no artigo 40.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. (OE, 2019, p. 4744)

Perante o preconizado pela OE consideramos importante iniciar pela descrição da aquisição das competências do enfermeiro especialista que são comuns e aplicáveis em todas as áreas de especialidade, pois, reportando ao modelo de competências no qual nos baseamos, o processo de evolução do enfermeiro é em crescendo de especificidade e individualidade.

As competências comuns encontram-se descritas como:

Partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. (OE, 2019, p. 4745)

Os domínios de competências comuns do enfermeiro especialista que o citado regulamento apresenta são a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados; e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, os quais passamos a descrever destacando as atividades que desenvolvemos durante o estágio.

Responsabilidade profissional, ética e legal

Para esta competência a OE descreve que é esperado que o enfermeiro especialista demonstre que: “desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”; “garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.” (2019, p. 4746).

No exercício profissional o enfermeiro deve ter presente as premissas que o regem quanto à ética do dever – a deontologia: o EOE de onde sobressai o Código Deontológico. Para responder às especificidades desta competência procurámos pautar a nossa atuação durante todo o estágio com tomadas de decisão guiadas e lideradas pelos princípios éticos, valores morais e normas deontológicas que a profissão nos apresenta e que foram salientados e recordados nas diversas aulas teóricas. Respeitámos permanentemente os direitos humanos universais e fomentamos a segurança, privacidade e dignidade do doente no SUMC seguindo como base teórica fundamental a Lei n.º 15/2014 do DR, 1.ª série - n.º 57 de 21 de março que apresenta de forma clara e integrada os direitos e deveres do utente nos serviços de saúde.

Desde cedo o SUMC apresentou-se como um contexto desafiante para o alcance e respeito por esta competência. Trata-se de um serviço complexo, com elevada procura para a oferta possível de cuidados o que torna difícil uma prática respeitante de alguns deveres deontológicos, como por exemplo, o respeito pela intimidade do doente, o direito ao cuidado em tempo útil, o dever da informação que o doente detém, o dever da humanização dos cuidados e o dever da excelência do exercício. Em quase todas as áreas funcionais do SUMC os doentes encontravam-se em macas separadas por cortinas e com um espaçamento escasso entre elas o que dificultava o estabelecimento de uma comunicação terapêutica pautada pela intimidade e pelo sigilo. Para mitigar esta adversidade principiávamos pela colheita informal do consentimento informado do doente para a execução de todo o processo de cuidados naquele ambiente envolvente. Como medidas estratégicas atenuantes recorriámos ao uso de cortinas bilateralmente, empregávamos um tom de voz baixo, e quando o estado clínico do doente o permitia, usávamos um pequeno gabinete mais isolado na área de trauma. Tentámos construir uma estratégia de resolução de problemas em parceria com o doente e família para respeito máximo da sua privacidade e dignidade.

Sendo o SUMC um serviço exigente é constante a necessidade de tomada de decisões pelo enfermeiro que carecem de serem vinculadas à luz da ética profissional e dos princípios gerais deontológicos: igualdade, liberdade responsável, verdade, justiça, altruísmo, solidariedade e competência profissional.

Apesar de reconhecermos que em situações emergentes os domínios desta competência possam ser postos em risco foi nossa preocupação dar resposta aos mesmos e garantir, na medida do possível, a sua salvaguarda. Olhámos sempre todo e qualquer doente aos nossos cuidados como único na sua singularidade, de igual importância aos demais, prestando os melhores cuidados, para seu melhor benefício em saúde, tendo em conta todo o seu contexto biopsicossocial e estabelecendo uma relação de ajuda na procura pela resolução de problemas para a sua autonomia, inspirados nos pressupostos de Virgínia Henderson. Existiram diversas situações em que os princípios bioéticos foram aplicados de onde destaco, a necessidade de prestação de cuidados a doentes de outras etnias não pondo em causa os seus princípios e valores, mas mantendo o respeito e igualdade, mesmo sob uma atitude desrespeitosa dos mesmos. Perante a necessidade constante no SUMC da determinação de prioridades nos cuidados a nossa capacidade reflexiva pautava-nos pela execução de intervenções seguras e devidamente ponderadas e pelo respeito absoluto do princípio da beneficência, apesar de inúmeras vezes esta decisão ser questionada e interpretada pelos doentes como incorreta.

No desenvolvimento da presente competência a autonomia na tomada de decisão foi, sob orientação tutelada, incentivada, treinada e aprimorada sob um pensamento judicioso assente nas competências de especialista e composta por uma visão mais ampla, completa, diferenciada e de destaque no seio da equipa. Fomos em diversas situações clínicas solicitados por outros elementos da equipa de Enfermagem pelo reconhecimento dos nossos conhecimentos clínicos especializados. Durante um turno de prestação de cuidados especializados na área do trauma uma das enfermeiras generalistas solicitou a nossa colaboração e opinião sobre um doente que iniciou um quadro clínico de náuseas e dor abdominal acompanhado de taquicardia detetada na monitorização dos SV. De imediato solicitamos auxílio para transferir o doente para o único lugar de maca com monitor para monitorização cardíaca contínua a fim de fazer uma monitorização mais correta da sua frequência cardíaca. Para tal, tivemos de mobilizar o doente que se encontrava nesse local,

igualmente monitorizado devido a bradicardia. Perante este dilema ético houve necessidade de estabelecermos rapidamente um juízo crítico e avaliar todos os princípios bioéticos que estariam em causa. Após considerarmos que a estabilidade hemodinâmica e o estado de consciência permitiam, partilhamos essa decisão com o doente explicando que não seria posto em causa o seu estado clínico, mas que havia uma necessidade clínica emergente. O doente com taquicardia apresentava à minha observação palidez, hipersudorese e abdómen distendido, duro e doloroso à palpação. Solicitamos observação imediata do cirurgião presente, por considerarmos que tais alterações eram de relevo e de emergente avaliação na área clínica médica. Após realização de exames complementares de diagnóstico a suspeita de hemorragia digestiva foi confirmada e o doente recebeu tratamento emergente para correção da sua instabilidade. Este episódio fez-nos reconhecer o papel diferenciador do enfermeiro especialista no SUMC e a diferenciação dos níveis de competência dos enfermeiros, como prevê Benner (2001).

Ainda relativamente a esta competência e, nomeadamente ao respeito pelos princípios éticos e deontológicos, analisamos um procedimento que careceu de reflexão e acarretou uma análise crítica: a passagem de turno de Enfermagem. Em todas as áreas de cuidados do SUMC as passagens de turno eram executadas junto de cada doente sucessivamente, com identificação nominativa em tom alto, rodeados de ruído, presença de outros profissionais de saúde, familiares e demais. Por não termos experiência prévia nesta metodologia de passagem de turno, sentimos a exigência de adaptação e tal suscitou dúvidas sobre o carácter ético deste ato. Este dilema foi partilhado com a enfermeira tutora, elementos da equipa de Enfermagem e enfermeiro gestor tornando-se, pelo reconhecimento da sua importância, na temática alvo do projeto de intervenção neste serviço apresentado à *posteriori* neste relatório. Durante todo o estágio foram tentadas alternativas para esta metodologia de passagem de turno salvaguardados por pesquisa sobre os princípios éticos inerentes e estudos científicos que tivessem abordado similar temática.

Durante a aquisição desta competência e na pesquisa sobre as premissas que a mesma engloba integrámos que o enfermeiro especialista tem uma responsabilidade profissional acrescida pautada pelo respeito pela ética e todo o quadro jurídico-legal e deontológico da sua profissão, mas que tal exige capacidade de adaptação sendo elementar, mas de complexa aplicabilidade. No nível de iniciado a preocupação com estes princípios resume-se

ao cumprimento cego das premissas adestradas, mas num nível de proficiente e perito a perspectiva reestrutura-se. Não se trata somente de cumprir regras, tornamo-nos capazes de analisar as situações mais complexas agregando a ética e deontologia com os nossos próprios princípios morais e do doente que estamos a cuidar. De acordo com Neves & Pacheco (2004): “deverá ser a especificação da ética pessoal, num processo em que o geral se projeta ao particular” (p. 12).

Como futuros enfermeiros especialistas sentimos que nos diferenciamos dos níveis mais iniciados pela capacidade de respeitar a ética e deontologia da profissão, mas aplicar nelas um carácter peculiar pela originalidade pessoal, tal como defendem as mesmas autoras:

Importa-nos aqui, apenas, lembrar que o último e supremo juiz das nossas ações é sempre a nossa própria consciência moral. Por isso, não bastará, senão talvez do ponto de vista jurídico ou até mesmo deontológico, mas não certamente moral, justificar uma acção realizada como mero cumprimento da ordem recebida. Cada acção deve ser refletida, pensada. (Neves e Pacheco, 2004, p. 4)

Melhoria contínua da qualidade

Para esta competência a OE descreve que é esperado que o enfermeiro mostre que “garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; garante um ambiente terapêutico e seguro” (2019, p. 4747).

A preocupação com a qualidade dos cuidados em saúde é hoje assumida formalmente e vista como pilar essencial aos sistemas de saúde mundiais, sendo exigência a todos os envolvidos na prestação de cuidados e, por conseguinte, a uma prestação de excelência do enfermeiro especialista. Usando o conceito escolhido pela OMS (2020) que remonta à definição do Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América, qualidade é “a medida em que os serviços de saúde prestados aos indivíduos e às populações aumentam a probabilidade de se obterem os resultados desejados na saúde e são consistentes com os actuais conhecimentos profissionais” (p. 13) e cuidados de saúde de qualidade devem ser: eficazes, seguros, oportunos, equitativos, integrados e eficientes. Qualidades também

defendidas pelo considerado “pai” da qualidade no setor da saúde, Avedis Donabedian (2003). Estas definições e a importância mundial dada a este domínio de competência alertaram-nos para a necessidade de possuímos conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da qualidade de forma a garantir uma prestação de cuidados em estágio pautada por padrões de qualidade ambicionando a melhoria contínua. Sentimos também necessidade de refletirmos sobre o enquadramento do papel do enfermeiro especialista na fomentação do cumprimento dos Padrões de Qualidade exigidos para os cuidados de saúde. Concordamos totalmente com o referido por Donabedian (2003), que uma boa estrutura de um serviço de saúde aumenta a possibilidade de se dispor de bons processos de atendimento aos doentes e ambos aumentam a probabilidade de obter bons resultados. Uma das primeiras estratégias adotadas em estágio para responder a esta competência foi a leitura de documentação institucional e governamental sobre qualidade em saúde. Verificámos que a Direção-Geral da Saúde (DGS) segue as premissas emanadas pela OMS e tem no Instituto da Qualidade em Saúde o órgão que promove a melhoria contínua do desempenho nos cuidados de saúde sendo a qualidade um eixo transversal aos diversos Planos Nacionais de Saúde (PNS) que emanam intervenções para a manutenção e melhoria contínua da qualidade.

Na enfermagem competiu à OE a definição dos PQCE os quais todos os enfermeiros têm de dar evidência no seu exercício profissional. Verificamos que é esperado que o enfermeiro especialista destaque a sua conduta profissional de acordo com os enunciados destes padrões: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional e organização dos cuidados de Enfermagem. É-lhe atribuído, pela superioridade das suas competências, o papel de educador, promotor e gestor para a garantia da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem onde se encontrar no seu exercício.

O estágio num SUMC, diferente do ambiente de cuidados com que nos encontrávamos familiarizados, adivinhou-se desafiante pelo desconhecimento de orientações clínicas, normas institucionais e itens auditáveis para a garantia da qualidade dos cuidados de Enfermagem. Foi pesquisada e consultada documentação pertinente para o estágio, no website do Centro Hospitalar, proveniente dos serviços que possui de apoio à melhoria contínua da qualidade: Comissão de Qualidade e Segurança, Gabinete de Gestão da

Qualidade e Gabinete de Gestão do risco. Nesta tarefa foram encontrados vários documentos institucionais emanados quer no âmbito da qualidade, quer no âmbito do risco e segurança do doente, com instruções claras para a atuação dos profissionais, identificação dos resultados esperados e descrição dos parâmetros alvo de auditoria. Salientamos o documento “Política da Qualidade” que permitiu ter uma perspetiva dos critérios de qualidade que o Centro Hospitalar exige e refletir o papel ativo que é depositado no enfermeiro especialista. O Centro Hospitalar recebeu certificação de qualidade em 2018 pelo *Caspe Healthcare Knowledge Systems* inserido no Programa Internacional de Acreditação de Hospitais, aderiu ao Sistema Nacional de Avaliação em Saúde da Entidade Reguladora da Saúde e ao Plano de Melhoria da Qualidade da DGS. A política do Centro Hospitalar defende práticas de melhoria contínua da qualidade ao nível organizacional que permitam o aumento da eficiência e da efetividade clínica e a minimização de riscos. Seguindo o Normativo *International Standards Organization Norms 9001 (2015)* tem a certificação de sistemas locais de gestão da qualidade em serviços considerados de suporte e estruturantes à atividade (como ex.: o serviço de patologia clínica e de esterilização). Procurando os indicadores de qualidade aplicáveis ao SUMC verificámos a “Lista de Indicadores para Monitorização da Qualidade” do Despacho n.º 5739/2015, do DR, 2.ª série -N.º 104 de 29 de maio, dos quais o Centro Hospitalar destaca-se como o melhor hospital do seu grupo quanto ao indicador “taxa de úlceras de pressão” (dados da ACSS de maio de 2022).

A “taxa de úlceras de pressão” é considerado um dos indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes. Durante o estágio tivemos como intervenções de Enfermagem no sentido de dar resposta a este indicador, a vigilância e hidratação da pele dos doentes nos momentos privilegiados de alternância de decúbitos, em média, a cada 3 horas; a orientação e supervisão da alimentação ingerida pelos doentes e o uso de dispositivos de prevenção de úlceras de pressão como calcanheiras e almofadas de gel. A colocação de outros dispositivos foram equacionados sempre que a condição de saúde do doente assim o exigisse.

Outro indicador que mereceu a nossa maior atenção e despertou interesse na sua exploração foi o indicador “Via Verde AVC - Percentagem de Casos com Diagnóstico Principal de AVC Isquémico” constado na listagem de indicadores para hospitais da ACSS (2019, p. 7). O SUMC detém um “Protocolo de Via Verde de AVC” que é aplicado a todos os doentes que

possuam sintomatologia suspeita de AVC desde a triagem, cumprindo a norma n.º 15/2017 da DGS: “Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto”. Em todos os nossos turnos, independentemente da área funcional à qual estivéssemos afetos, acompanhámos todas as ativações da Via Verde AVC. Todos os casos suspeitos eram alvo de uma primeira abordagem na SE onde se dava o desenrolar dos vários procedimentos diagnósticos estipulados no protocolo. Os casos diagnosticados que não preenchiam critérios para qualquer tratamento invasivo eram mobilizados para a box da Via Verde no exterior da SE. Preocupou-nos a existência de uma única box dedicada a estes doentes muito aquém do necessário pois debatemo-nos com vários casos clínicos similares num mesmo turno. Uma solução encontrada para minimizar esta lacuna foi a alocação dos doentes à área laranja embora, em nossa opinião, a vigilância e monitorização dos doentes não era passível de ser contínua podendo vir a ser questionada a segurança dos cuidados. Ademais, da análise ao protocolo vigente e na observância da sua reprodução no SUMC verificamos que este não abarcava recomendações específicas para a monitorização, vigilância e tratamento destes doentes que permaneciam no serviço e não seriam sujeitos a tratamentos invasivos convencionais protocolados (trombólise ou trombetomia). Perante esta constatação reconhecemos que haveria neste âmbito uma oportunidade de melhoria em matéria de segurança e qualidade dos cuidados e, especificamente, a criação de intervenções de Enfermagem especializadas com destaque para o papel crucial do enfermeiro EEMC. Em conjunto com a enfermeira tutora e após conversa informal com o enfermeiro gestor selecionamos como estratégia de melhoria a parametrização da monitorização dos doentes com AVC não submetidos a tratamento invasivo no SUMC. Metodologicamente foi efetuada uma Análise SWOT do SUMC, em março de 2022, aos cuidados de Enfermagem prestados ao doente com AVC, em fase aguda, não submetido a tratamento invasivo e realizada consulta dos documentos normativos nacionais e internacionais mais atuais e homologados sobre a mesma temática. Com os resultados obtidos e as conclusões alcançadas foi criada uma proposta de norma: “Monitorização do doente com AVC não submetido a tratamento invasivo” e apresentada ao enfermeiro Gestor e ao coordenador do Gabinete de Gestão da Qualidade salientando-se precocemente a necessidade de formação da equipa e de avaliações periódicas ao instrumento. Com todo este material elaborado e considerando que uma das competências do enfermeiro especialista é a comunicação de resultados de melhoria da qualidade e a incrementação de normas e atualizações em matéria de qualidade dos cuidados de

Enfermagem foi decidido, conjuntamente com a enfermeira tutora, submeter todo o conteúdo em formato de resumo de Poster ao *“7th edition of the Phi-Xi Talk: Healthcare Safety: from practice to regulation”* organizado pelo *Phi-Xi Chapter of Sigma Theta Tau International* que decorreu a 6 de maio de 2022 em Coimbra. O mesmo foi aceite e apresentado em formato virtual como se faz prova nos Anexos 1 e 2.

Outra unidade de competência do enfermeiro especialista que desenvolvemos foi a colaboração e incentivo à notificação de incidentes críticos, anteriormente pouco desenvolvido na nossa prática profissional. Durante o estágio executamos notificações de incidentes através da plataforma “Notifica” da DGS relacionados com a prestação de cuidados, de onde salientamos, a falha de identificação segura dos doentes através de pulseira de identificação, em nossa opinião importante para a garantia de um ambiente terapêutico e seguro. Além da comunicação do incidente foi nossa preocupação constante a resolução e diminuição deste erro. Visto tratar-se de um serviço complexo e de sobrecarga de cuidados para os profissionais tornava-se imperioso a confirmação da identidade do doente através da pulseira de identificação sempre que executávamos qualquer intervenção de Enfermagem embora observássemos que esta preocupação não era tão vigente nos enfermeiros de cuidados gerais por se encontrarem particularmente focados nos procedimentos técnicos.

A preocupação com o reforço da segurança dos doentes foi sempre um dos nossos focos de atuação ganhando mais ênfase neste estágio e transformando-se numa temática de nosso especial interesse. Ainda neste seguimento, foi proposto ao enfermeiro gestor a inclusão na pulseira de identificação dos doentes um logótipo de alerta em caso de alergias comunicadas no momento da triagem, de forma a alertar precocemente os profissionais e minimizar erros.

Salientamos ainda que foi com agrado que encontrámos na pesquisa da documentação do Centro Hospitalar o “Guia do utente no Serviço de Urgência” que permite a participação ativa do doente dando resposta a uma prioridade estratégica da qualidade: informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação.

Ressaltamos que os cuidados de Enfermagem devem ter foco permanente na assunção da qualidade ao longo de todas as etapas do seu processo sendo necessário a educação dos profissionais para os indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de Enfermagem que permitem a aceitação e a visibilidade do papel dos enfermeiros no seio do sistema de saúde.

Gestão dos cuidados

Para esta competência a OE descreve que é o enfermeiro especialista que “gere os cuidados de Enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (...); adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (2019, p. 4748).

Os PQCE preconizam que “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de Enfermagem” (2001, p. 15). Esta premissa deve ser seguida pelo enfermeiro desde os primórdios da sua carreira profissional, mas mais presentemente, reconhecemos que o enfermeiro especialista detém um corpo mais robusto de conhecimentos teóricos sobre teorias organizacionais e gestão de recursos humanos e, por isso, encontra-se melhor habilitado ao desempenho de um papel de gestão no seio de uma equipa.

Analizamos o “Manual de Funções dos Enfermeiros do SUMC” no qual são apresentadas duas funções de gestão que os enfermeiros estão incumbidos de cumprir: Responsável de área e Responsável de turno para as quais são critérios de inclusão os anos de experiência no serviço e preferencialmente formação específica ou especialização. Todos os turnos de estágio, à exceção dos turnos na UCIM, a enfermeira tutora era designada para Responsável de área o que permitiu conhecer a função e desenvolver proficiências para a mesma. Na prática desta função a primeira abordagem na área funcional de cuidados em que nos encontrávamos era a verificação respeitante ao material clínico disponível e equipamentos. Realizámos a reorganização, reposição e encaminhamento do material para o serviço de esterilização e testámos o funcionamento dos equipamentos garantindo a sua prontidão em casos emergentes e, todas as situações anómalas, eram comunicadas superiormente.

Outra função exercida era o estabelecimento da comunicação ativa com os restantes profissionais de saúde presentes na área, nomeadamente, a delegação e supervisão de funções aos Auxiliares de Ação Direta (AAD), a comunicação e reflexão de casos clínicos com a equipa médica e a organização dos cuidados de Enfermagem com os restantes elementos para distribuir funções específicas. A gestão dos doentes da área funcional de forma a garantir o acesso necessário era considerada primordial. O exemplo mais perentório e exigente desta gestão era observado nos turnos executados na ADR. Visto tratar-se de uma área onde predominava a patologia do foro respiratório e os doentes eram testados para a

COVID-19 tornava-se necessária a gestão da prevenção do risco de contágio entre os mesmos. Cabia ao enfermeiro responsável efetuar e incentivar a monitorização dos resultados dos testes para mobilização ativa estratégica de doentes.

Na área laranja, uma área dedicada a doentes com necessidade de monitorização hemodinâmica e vigilância contínua, procedia-se à gestão das necessidades clínicas dos doentes em equipa e, caso necessário, eram mobilizados para áreas imediatamente inferiores em grau de vigilância.

Já a função de “Responsável de turno” era atribuída a um enfermeiro em cada turno, respeitando o manual supracitado, com o mínimo de oito anos de experiência profissional, cinco de experiência no SUMC e posse de título profissional de especialista, não necessariamente em EMC. A enfermeira tutora não efetuava esta função, pelo que, de forma a desenvolvermos maior expertise nesta área propusemos o acompanhamento integral, em quatro turnos, do enfermeiro designado para tal. No desempenho desta função o enfermeiro especialista tem especificidades para a mesma: gestão global, prestação de cuidados, recursos humanos, recursos materiais e comunicação. Da gestão global salientamos a responsabilidade de promover a qualidade dos cuidados prestados efetuando a supervisão contínua para o cumprimento das políticas e procedimentos em vigor e, caso necessário, gerir situações pontuais que não estejam previstas, incidentes críticos ou conflitos e sua posterior comunicação ao enfermeiro gestor. Relativamente à prestação de cuidados colabora nas diferentes áreas funcionais caso a sobrecarga de doentes aumente no serviço e supervisiona, orienta e ajusta o trabalho dos AAD de acordo com o plano de trabalho e as necessidades do serviço. Quanto aos recursos humanos evidenciava-se o comprometimento de ajustar o plano de trabalho e a distribuição por áreas dos enfermeiros no turno em caso de necessidade do serviço e assegurar o cumprimento da nomeação do segundo enfermeiro da área do trauma em caso de necessidade do mesmo para uma transferência extra-hospitalar.

Relativamente aos recursos materiais este enfermeiro orienta e assegura a existência, em tempo útil, da medicação e outros produtos farmacêuticos na prestação de cuidados ao doente, gestão do serviço hoteleiro hospitalar, gestão de equipamentos de alta resolução, complexidade e definição, gestão dos resíduos hospitalares e gestão do material de apoio à prestação de cuidados.

Durante os turnos da manhã acompanhámos a verificação da SE o que nos permitiu o conhecimento mais aprofundado da sua estrutura e conteúdo: carros de apoio (carro de SAV de adulto, carro de SAV de pediatria, carro de procedimentos e carro de catástrofe), duas boxes de emergência, as diversas capas com documentação de apoio, os componentes do balcão de apoio, saco de SAV para transportes, dois ventiladores *EngstromCarestation*[®] e um Bipap. Durante esta verificação era obrigatório o preenchimento da lista de verificação relativa a cada um dos componentes. Observámos numa das verificações a ausência da devida preparação de todo o circuito funcionante do Bipap, tendo de imediato procedido à sua preparação. Esta situação permitiu-nos refletir na importância da verificação do material com perspetiva da excelência na prestação dos cuidados de Enfermagem à PSC.

Outra função estipulada para este enfermeiro, que tivemos a oportunidade de acompanhar e cooperar, é a resposta de emergência do serviço, ou seja, é o elemento de primeira linha de intervenção em todas as ativações da SE no seu turno. Durante o desempenho dessa função tem a responsabilidade de zelar pelo bom funcionamento da SE com reposição do material consumido, fomentar o trabalho em equipa e responsabilizar-se pela prestação de cuidados e acompanhamento da PSC na totalidade do tempo de permanência na SE. No acompanhamento desta função onde o enfermeiro especialista arroga um papel de destaque em emergência e complexidade do doente crítico, compreendemos a necessidade de possuir competências de liderança, negociação, espírito crítico, gestão e comunicação de más notícias, assertividade e visão inovadora de forma a fomentar um espírito de cooperação entre a equipa e tornar o ambiente mais positivo e favorável à prática segura e de qualidade dos cuidados de Enfermagem.

Consideramos que não poderíamos atingir o nível desejado da competência que nos encontramos a descrever sem executar uma observação participante das funções do enfermeiro gestor do serviço designado no manual de funções anteriormente referido ainda por “Enfermeiro Chefe”, de acordo com a Carreira de Enfermagem prevista no Decreto-Lei n.º 437/91 do DR, 1ª série – N.º 257 de 8 novembro. Para alcançar este desígnio acompanhámos durante um turno de estágio este enfermeiro. Nesta função os conhecimentos em gestão são explícitos e vinculativos e percebemos a necessária capacidade de gerir conflitos, aplicação estratégica de gestão do stress e resiliência.

Apesar de ser obrigatória formação em gestão, bem como competências acrescidas e avançadas para o desempenho desta função compreendemos que ela tem por bases as competências específicas solicitadas ao enfermeiro especialista nesta área peculiar da gestão dos cuidados. Durante este turno foi-nos possível examinar a aplicação de métodos de organização de trabalho, conhecer algumas regras aplicáveis à gestão de recursos humanos, nomeadamente a execução de horários laborais e regras do Código de Trabalho, observar estratégias de coordenação diária de uma equipa fomentando o respeito pelos princípios éticos, pelo ser humano, pela rapidez, eficácia e qualidade dos cuidados e pela sinergia em equipa. Destaca-se a observância de plasticidade comunicacional de preeminência assertiva e empática multidisciplinar e um estilo de liderança democrático orientado para os recursos humanos que produzem uma equipa coesa, eficaz, organizada e motivada.

Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Para esta competência a OE descreve que o enfermeiro especialista “desenvolve o autoconhecimento e a assertividade (...) baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (2019, p. 4749).

Esta competência foi a que estimulou uma introspeção profunda e avaliação retrospectiva de todo o nosso percurso profissional na tentativa de resposta à unidade de competência: “Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro” (OE, 2019, p. 4749).

Tal como inúmera Benner (2001) são vários os domínios dos cuidados de Enfermagem para os quais os enfermeiros desenvolvem competências e devem ser capazes de se auto avaliar e de evoluir na aplicabilidade dos mesmos: função de ajuda; função de educação; função de diagnóstico, de acompanhamento e monitorização do doente; tomada a cargo eficaz de situações de evolução rápida; administração e o acompanhamento de protocolos terapêuticos; assegurar e acompanhar a qualidade dos cuidados de saúde; e competências em matéria de organização e de repartição das tarefas. Todos estes domínios exigem do enfermeiro um conhecimento aprofundado de si e dedicação no aperfeiçoamento da sua personalidade e identidade social e relacional aplicada à prática clínica e à especial função de cuidar.

A seleção pelo estágio no SUMC é resultado de um perfil profissional criado ao longo dos onze anos de exercício clínico de onde se sobressai o interesse particular pela PSC que exige do enfermeiro que a cuida, além de conhecimentos teóricos abrangentes, uma capacidade exímia de lidar com situações de stress, capacidade de improvisação, raciocínio perspicaz, destreza técnica e perfil empático e assertivo. Ao longo do percurso da licenciatura não contactamos com a prestação de cuidados à PSC detendo somente conhecimentos teóricos adquiridos na formação de base e em ensino pós-graduado. À medida que fomos criando uma identidade profissional legitimamo-nos com características que possivelmente se enquadravam nesta área de cuidados e tal foi desvendando curiosidade, interesse e necessidade de expansão para além da zona de conforto. Encontrámos num estudo exploratório de Costa e Gaspar (2017) a tentativa de definição de um perfil de competências do enfermeiro do SU de onde sobressaíram algumas características fundamentais:

Necessidade de existir um corpo de conhecimentos e de formação específica (...) proatividade, identificação precoce de problemas e focos de instabilidade (...) gestão de conflitos, motivação da equipa e comunicação dentro da equipa multidisciplinar, que poderemos designar por Comunicação e Liderança. (pp. 55 - 56)

Face às características expostas compreendemos que carecíamos de conhecimentos e formação específica para o exercício de funções no SU e necessitávamos avançar na aprendizagem para alcançar uma prática perita e especializada na PSC, através do ensino superior e da investigação tal como defendido pela nossa teórica inspiradora, Virgínia Henderson.

Ao longo da experiência adquirida na prestação de cuidados de enfermagem em contexto clínico percebemos que os conteúdos teóricos e premissas base dos cuidados de Enfermagem passaram a constituir os alicerces da nossa identidade profissional e que as competências técnicas foram sendo aperfeiçoadas. Mas o alcance de níveis de competência profissional superiores exige a conjugação de várias vertentes através de uma dedicação no seu esplendor absoluto e treino contínuo: competência técnica, destreza motora fina, competência relacional, emocional, espiritual e cultural.

Ao longo de todo o percurso profissional foram diversas as situações geradoras de stress por desafio às nossas crenças e idealismo pessoal o que gerou, em nossa apreciação, a aptidão que pode diferenciar um enfermeiro iniciado de um proficiente e perito. Concordando com Benner (2001) de que as competências englobam a noção de cuidados de Enfermagem competentes e capacidade de julgamento clínico desenvolvidos em situações reais, acrescentaríamos que, em nosso juízo, a necessidade de inteligência emocional do enfermeiro encontra-se em igual patamar de relevância e o seu treino é necessário para o enalço de competências especializadas. A inteligência emocional é a capacidade de gerir as habilidades emocionais tendo consciência de si próprio e orientando o autocontrolo na adoção das melhores decisões (Goleman, 2012).

Para um desempenho eficiente neste estágio e aquisição da competência em questão o autoconhecimento era requisito fundamental para a efetivação de relações terapêuticas com os doentes e o trabalho em equipa. Tentámos, sem exceções, manter uma postura assertiva, empática, paciente, segura e participativa, focada no estabelecimento de relações terapêuticas centradas no doente e sobretudo dotada do maior conhecimento passível de ser empregue.

Reconhecendo que o enfermeiro especialista deva ser promotor de aprendizagem no seio da equipa partimos pelo diagnóstico das nossas necessidades formativas adicionais e específicas à PSC e empreendemos uma prática clínica baseada na evidência científica mais atualizada. Assim, frequentamos a formação de SAV Cardiovascular com as recomendações da *American Heart Association* numa carga horária de 14 horas letivas realizadas nos dias 18 e 19 de março de 2022 numa entidade também creditada pelo Instituto Nacional de Emergência Médica tendo-se obtido o aproveitamento com 17 valores (Anexos 3 e 4). Além disso, participamos nos seguintes eventos científicos: VI Congresso da OE realizado de 5 a 7 de maio de 2022 (Anexo 5); *7th of the Phi-Xi Talk "Healthcare Safety: from practice to regulation"* da *Phi-Xi Chapter of Sigma Theta Tau International* concretizado a 6 maio de 2022 em formato virtual (Anexo 6); e 1º Congresso de Enfermagem em Urgência e Emergência do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra a 19 e 20 de maio de 2022 (Anexo 7).

Todo este conteúdo funcional permitiu-nos aplicar uma prestação de cuidados mais segura e competente durante o estágio e em determinadas situações dinamizar na equipa estes novos

conhecimentos colhidos e incitar a possíveis temas de investigação e futuras participações em outros eventos científicos pela equipa de Enfermagem do SUMC.

Atentamos que o enfermeiro especialista deve deter um núcleo de conhecimentos sempre atualizados na perspetiva de melhoria contínua da qualidade dos cuidados que presta, valorizando a imagem profissional que detém e apostando na formação contínua e específica que lhe permita rever regularmente a sua prática e assumir responsabilidades no seio de uma equipa.

2.2. AS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Cuidar a PSC e/ou em falência vital constitui um desafio diário para os profissionais que desempenham funções nos serviços que acolhem, diagnosticam, tratam e salvam estes doentes. O SUMC onde foi realizado o estágio é por excelência um serviço de acesso rápido a doentes em situação crítica encaminhados pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes, transportados pela VMER deste Centro Hospitalar ou admitidos e triados após recorrerem de forma autónoma ao serviço. Perante a conjuntura epidemiológica nacional atual descrita no Boletim de Saúde de Portugal emitido em 2021 pela Comissão Europeia, as doenças cérebro vasculares e cardíacas isquémicas constituem as principais causas de morte (2021, p. 5) e verifica-se que são das principais situações emergentes a despoletar doença crítica e necessidade de atuação imediata para o restabelecimento de funções vitais em risco iminente. Pela consulta da monitorização mensal dos serviços de urgência através website do SNS (www.sns.gov.pt) é possível constatar que foram, em média, admitidas 1669 pessoas aos quais foram atribuídas pulseira vermelha (caracter emergente) nos primeiros 7 meses do corrente ano. Estes dados forçaram-nos, como futuros enfermeiros especialistas, a meditar sobre a nossa preparação técnica e científica para executar uma atividade profissional satisfatória e adequada face à crescente diversidade dos problemas graves e agudos de saúde e à complexidade e exigência cada vez mais notória dos padrões de qualidade.

Para a aquisição de competências específicas para cuidar a PSC tivemos como referenciais o Regulamento n.º 429/2018, publicado no DR, 2.ª série - N.º 135 a 16 de julho que determina as “Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica” e o Regulamento n.º 361/2015 que apresenta os “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica” (PQCEEEPSC) do DR, 2.ª série - N.º 123 de 26 de junho.

A PSC encontra-se definida como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2018, p. 19362) que pela instabilidade e risco iminente de vida necessita de cuidados altamente qualificados, focados na manutenção, estabilização e recuperação das funções primárias de vida impondo,

Observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. (OE, 2015, p. 17241)

O estágio conteve experiências significativas e exemplificativas da realidade da PSC que permitiram o desenvolvimento de competências necessárias ao desempenho autónomo e eficaz nos vários domínios de competências do enfermeiro EEMC na área de Enfermagem à PSC.

Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

Uma das premissas do cuidar para a qual fomos permanentemente incentivados pela enfermeira tutora a treinar, evidenciar e interiorizar foi o estabelecimento de prioridades no doente crítico com uma visão antecipatória de situações de instabilidade e falência orgânica. Apesar de já possuímos uma atuação profissional de priorização de necessidades do doente sentimos alguma dificuldade em fazer a triagem das diversas situações clínicas que observamos no SUMC e estabelecermos uma estratégia metodológica de pensamento para concretizar este pressuposto. Um dos primeiros ensinamentos da enfermeira tutora foi o olhar para o doente pela metodologia do ABCDE (via aérea, ventilação, circulação, disfunção

e exposição), sinalizado para o SAV, mas passível de ser empregue em todas as áreas funcionais e doentes críticos com os quais nos deparamos no SUMC.

Uma das áreas funcionais onde pudemos treinar o estabelecimento de prioridades, categorização de doentes pela sua gravidade clínica e estratégias de gestão do percurso dos doentes críticos ao longo do SUMC foi a área de triagem. Executamos 4 turnos onde, apesar de legitimarmos a exigência de formação completar sobre o Protocolo de Triagem de Manchester, percebemos que era uma área onde o enfermeiro especialista se destacava. Pudemos observar enfermeiros generalistas a realizar a triagem verificando-se que a capacidade de pensamento crítico e atuação preventiva e holística sobre o doente ficavam aquém do desempenhado por um especialista. Pudemos ter aí um papel ativo, a triar doentes sob supervisão e a ser-nos exigido o parecer individual sobre cada situação clínica para praticarmos e aprimorarmos a competência de estabelecer o juízo clínico de prioridades. Nesses turnos fomos prevenidos para os parâmetros que eram auditados por um especialista externo ao serviço e que permitia uma avaliação formal de cada enfermeiro e melhoria contínua da sua prestação como triador. O caminho percorrido ao longo dos diversos algoritmos e a necessidade de triar de forma rápida e eficaz deu-nos um suporte experimental rico para reconhecermos situações prioritárias, evoluirmos na precisão com que tomámos decisões clínicas no doente crítico mesmo com informação clínica limitada e por vezes ambígua, desenvolvermos raciocínio crítico, reconhecermos padrões de síndromes das diversas patologias, treinarmos a intuição e darmos ênfase ao processo de Enfermagem. O enfermeiro na triagem identifica um problema, colhe informação pertinente, avalia alternativas e possíveis caminhos a selecionar, implementa estratégias com a categorização do doente e pode submeter o doente a monitorização e avaliação dos resultados caso reconheça a necessidade de re-triagem. Identificámos que a formação base não nos prepara para estas particularidades tão específicas no cuidar da PSC sendo necessário tempo e experiência em contexto clínico aliado a formação e construção de um campo de conhecimento rico.

Resultante da triagem os doentes emergentes, a quem lhes é atribuída pulseira de cor vermelha, e os doentes que se inserem nos critérios de ativação das duas vias verdes disponíveis no SUMC (Via Verde AVC e Via Verde Coronária) são encaminhados de forma direta e imediata à SE. Ao iniciarmos o estágio a SE era a área funcional do SUMC mais

temida pela ausência de experiência na mesma, complexidade dos doentes críticos admitidos e pela possível atuação em doente pediátrico por ser comum com a urgência pediátrica.

A enfermeira tutora teve um papel fundamental no processo de integração para nos diminuir a pressão e medo associado à nossa prestação na SE. Desde o primeiro turno que definiu que iríamos participar em todas as ativações da SE nos turnos em que estivéssemos presentes para desenvolvermos competências específicas e ganharmos destreza, perícia e confiança numa área de excelência no cuidar da PSC.

Foram vinte e uma as ativações da SE em que participamos resultantes de diversa etiologia: Via Verde AVC e Coronária, PCR, crise convulsiva, insuficiência respiratória, obstrução da via aérea, alteração do estado de consciência e edema agudo do pulmão. Em todas estas ativações a abordagem era metódica e criteriosa, aplicada por dois enfermeiros: posicionamento rápido do doente em maca para uma das box de emergência, avaliação da permeabilidade da via aérea e intervenção rápida com adjuvantes, caso necessário (A); estabilização e avaliação da ventilação (B) com leitura de oximetria periférica de oxigénio, monitorização de frequência respiratória e administração de oxigénio em altos débitos por máscara Venturi ou máscara de alta concentração, avaliação da circulação com colocação de monitorização cardíaca contínua, monitorização de tensão arterial e frequência cardíaca, realização de eletrocardiograma de 12 derivações, cateterização de 2 acessos venosos periféricos de grosso calibre e colheita de sangue para hemograma, bioquímica e estudo de coagulação (C); avaliação pupilar, estabelecimento do valor da Escala de Coma de Glasgow, medição da temperatura corporal e monitorização da glicemia capilar (D); exposição do doente com remoção de roupa e observação das áreas corporais (E).

Os doentes críticos inseridos nas vias verdes seguiam o protocolo hospitalar designado os quais tivemos de pesquisar, estudar e aplicar nestas situações. Tivemos necessidade de estudar e pesquisar sobre a atuação técnica e a fisiopatologia de diversas emergências médicas, como por exemplo, o enfarte agudo do miocárdio (EAM), as indicações atuais sobre a terapêutica mais administrada em SE, a sedo-analgesia defendida cientificamente, bem como todos os princípios farmacodinâmicos e focos de atenção do enfermeiro especialista na administração de fármacos de emergência. A atuação do enfermeiro especialista prima nesta

área por ser complexa, dinâmica e holística sem descurar que a PSC goza dos direitos humanos fundamentais e possui dimensão psicossocial, emocional e espiritual.

Numa das ativações da SE fomos abordar uma criança em estado convulsivo de grande mal. Para além de toda a abordagem técnica estabelecida com vista à manutenção da sua estabilidade hemodinâmica teve de ser gerida a sua envolvência emocional e familiar. O estado ansioso que apresentava quando foi estabilizada e a preocupação e desespero do pai que estava presente no serviço promoveu a nossa participação ativa na determinação da comunicação terapêutica adequada à situação e gestão de sentimentos de medo e angústia de ambos. Demonstrou-se que o enfermeiro EEMC na área de Enfermagem à PSC tem um papel fundamental nestas situações pela sua capacidade e competência de autoconhecimento, liderança em situações de stress e domínio da relação terapêutica.

Mas nem só de sucesso é pautada a atuação do enfermeiro que cuida a PSC e exemplo disso tivemos uma ativação da SE para um doente em PCR trazido pela VMER do domicílio. Geraram-se esforços para procurar manter o SAV e restabelecer as funções vitais. Após avaliação rápida médica do doente com colheita de antecedentes clínicos e estado de autonomia prévio foi dada a indicação para suspensão de todas as manobras de suporte vital e permissão para a entrada da família para se despedirem. Naquele momento tivemos uma sensação de impotência e de “missão falhada”. Mas olhando para um dos critérios de avaliação das competências do enfermeiro EEMC na área de Enfermagem à PSC, “demonstra conhecimento e habilidades facilitadoras da dignificação da morte e dos processos de luto” (OE, 2018, P. 19363), tivemos de trabalhar internamente esta capacidade e esta experiência permitiu-nos o contacto com os limites da atuação à PSC e dotou-nos de uma visão mais ampla sobre a relação terapêutica e de ajuda versátil e dinâmica com o doente e família/cuidador ajustada às necessidades dos mesmos durante todo o processo de doença crítica e falência orgânica.

Um dos também possíveis desfechos do doente crítico na SE é a sua necessária transferência inter-hospitalar de forma a oferecer-lhe cuidados técnicos de maior complexidade e diferenciação de que o SUMC dispõe. Tivemos o privilégio de participar numa transferência de um doente em estado crítico para um SUP da região norte. Tratava-se de um doente com EAM admitido na SE pela via verde coronária e que, após a devida estabilização, preenchia critérios para intervenções mais invasivas em serviço de hemodinâmica. O transporte foi

executado em veículo de emergência medicalizado tripulado por dois bombeiros e com acompanhamento médico.

Nesta experiência a enfermeira tutora incentivou-nos, sobretudo, à capacidade de organização do pensamento crítico de forma a antecipar possíveis eventos durante o transporte. Antes da saída do serviço foi necessário definir as prioridades da nossa atuação e vigilância para aquele doente, fazer a verificação rápida do saco de SAV e colher a necessidade de material clínico e farmacológico para qualquer situação imprevisível relacionada com o transporte do doente crítico, documentar de forma rápida todos os cuidados executados ao doente e providenciar carta de transferência de Enfermagem. Na transferência do doente da SE para o veículo de emergência o nosso foco de atuação foi a manutenção do nível de complexidade dos cuidados já empregues.

Durante o transporte fomos incentivados a estabelecer um plano de cuidados para aquele doente com diagnósticos de Enfermagem e respetivas intervenções e foi testado o nosso conhecimento sobre os cuidados ao doente com EAM (semiologia e possíveis complicações). Complementarmente foi-nos solicitado que treinássemos a transferência de informação para a transição de cuidados de Enfermagem que viríamos a protagonizar como atores principais. A capacidade para a comunicação terapêutica que o enfermeiro EEMC na área de Enfermagem à PSC tem de possuir e valorizar nestas situações críticas foi praticada. Estabelecer uma comunicação assertiva e empática com aquele doente que se encontrava consciente e orientado, mas verbalizando emoções de medo, ansiedade e angústia, foi fundamental para manter a sua estabilidade hemodinâmica em todo o transporte. Foi, sem dúvida, uma experiência gratificante, enriquecedora e que nos emocionou pelo reconhecimento do papel competente e dignificador do enfermeiro EEMC na área de Enfermagem à PSC.

A área funcional do SUMC que, a par da SE, mereceu a nossa atenção foi a UCIM pela vigilância contínua à PSC. Esta área dispunha de 6 unidades de internamento, com capacidade de monitorização hemodinâmica, vigilância organizada e contínua e tratamento médico especializado 24 horas por dia ao doente instável com disfunção de órgão e em risco de falência de funções vitais. Cada uma destas unidades continha uma cama elétrica articulada que permitia a opção de variados planos, monitor eletrónico para monitorização não invasiva e invasiva, rampas de oxigénio, ar comprimido e vácuo, bombas infusoras e

material individualizado para os cuidados. Em cada turno, os cuidados a estes doentes críticos eram assegurados por dois enfermeiros e um médico em permanência. Pelo grau de complexidade da situação clínica de cada doente foi uma área que enriqueceu a nossa experiência de estágio apesar de somente termos frequentado a mesma em quatro turnos.

Prestámos cuidados a doentes instáveis, com alteração do estado de consciência, sob monitorização invasiva através de linha arterial, com cateter venoso central a ser utilizado para diversos fins, necessidade de registo de balanço hídrico, sob ventilação não invasiva contínua e com dor descontrolada. Todas estas situações clínicas ajudaram-nos a adquirir treino para as intervenções do enfermeiro EEMC na área de Enfermagem à PSC e obrigaram-nos a pesquisa intensiva sobre fisiopatologia, farmacologia e procedimentos invasivos. A equipa de permanência nesta área era ainda responsável pela resposta de emergência interna do Centro Hospitalar. Não presenciamos nenhuma ativação da mesma nos turnos em que estivemos presentes, mas tomámos conhecimento deste protocolo e foram-nos relatados alguns casos clínicos de intervenção nesse campo que nos fizeram refletir e aprender mais.

Nesta área funcional de cuidados uma competência autónoma e diferenciada do enfermeiro EEMC na área de Enfermagem à PSC é a gestão da dor do doente. Todos os doentes encontravam-se com sedo-analgesia prescrita em SOS adaptada ao seu estado clínico por possuírem um risco elevado de instabilidade hemodinâmica com necessidade de rápida estabilização. Verificámos a necessidade de possuímos conhecimento específico sobre a sedo-analgesia mais comumente administrada, bem como, as estratégias de avaliação e intervenção na dor. A escala de avaliação da dor padronizada nesta área era a Escala Visual Analógica para doentes com estado de consciência compatível ou a *Behavioral Pain Scale* para os doentes com alteração do estado de consciência. O enfermeiro EEMC na área de Enfermagem à PSC detém responsabilidade acrescida na identificação, valorização e controlo diferenciado deste sintoma aplicando conhecimentos com base na melhor evidência científica e nas experiências vividas, recorrendo a intervenções farmacológicas e não farmacológicas. Foi-nos possível integrar conhecimentos, nomeadamente, sobre as medidas não farmacológicas praticadas na unidade: massagem durante o posicionamento, distração, técnicas de relaxamento e aplicação de quente e/ou frio. Observámos e auxiliámos interdisciplinarmente a prática de reestruturação cognitiva e treino de habilidades de *coping*

pelos psicólogos. Reconhecemos nesta área funcional do SUMC uma atuação do enfermeiro EEMC que cuida da PSC desde a sua admissão até à alta ou melhoria clínica que permita transitar para uma área de cuidados de menor vigilância podendo ter uma perspetiva global e crescente da eficácia dos seus cuidados e *empowerment* profissional. Consideramos que na UCIM o enfermeiro EEMC na área de Enfermagem à PSC pode ser guiado pelo modelo conceptual de Virgínia Henderson e os seus postulados pois é explícito que desde a admissão à saída do doente crítico desta unidade o especialista substitui, auxilia e estabelece parceria com o doente na satisfação das suas necessidades básicas e na obtenção da sua independência.

Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

Esta é, em nossa opinião, a competência do enfermeiro EEMC na área de Enfermagem à PSC mais singular a desenvolver e para a qual não possuíamos qualquer experiência prévia encontrando-nos providos unicamente de algum conhecimento teórico.

A OE distingue as três situações que carecem de atuação específica do enfermeiro EEMC na área de Enfermagem à PSC. A situação de emergência que:

Resulta da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, que lhe causa a perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida. (OE, 2018, P. 193629)

A situação de exceção que consiste “fundamentalmente numa situação em que se verifica, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis” (OE, 2018, P. 193629) e a catástrofe que foi definida,

na Lei de bases da Proteção Civil — Decreto-Lei n.º 27/2006, no seu artigo 3.º, ponto 2 como “acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional. (OE, 2018, p. 19362)

Era indispensável o aprofundamento sobre o Plano de Emergência Hospitalar da instituição para tomarmos conhecimento do papel interventivo do enfermeiro EEMC na área de Enfermagem à PSC, a realizar ordenadamente, para dar resposta a uma situação de catástrofe em que o hospital se veja envolvido, quer em emergência interna quer em emergência externa (fora da sua área de influência e sem afeção direta).

São diversas as etiologias dos riscos para os quais o Centro Hospitalar tem de possuir um plano de atuação: riscos de origem natural, derivados do desenvolvimento tecnológico e relacionados com o comportamento humano sendo seu apanágio a melhor assistência às vítimas em todas as situações, numa lógica de prontidão, alerta, ativação, receção, tratamento, recuperação e auditoria. A finalidade do plano é classificar rapidamente as vítimas, de acordo com a prioridade de atendimento que necessitam, em função da maior ou menor gravidade do seu estado geral e das expectativas de sobrevivência. Em caso de ativação deste plano o Gabinete de Crise e de Coordenação, sediado num dos gabinetes do SUMC, passa a assegurar a triagem no átrio do SUMC executada pelo enfermeiro gestor e pelo chefe de equipa coadjuvados por uma AAD e um segurança que orientam o encaminhamento dos doentes.

Além desta função ativa do enfermeiro especialista surge neste plano a sua nomeação como “Coordenador de Recursos Humanos”, podendo aplicar-se ao enfermeiro gestor ou ao enfermeiro Responsável de turno. Tem em sua responsabilidade a designação e coordenação dos outros profissionais de saúde intervenientes no plano: designa o AAD que encaminha as vítimas da triagem para as áreas respetivas, define os enfermeiros e AAD para cada área (vermelha, amarela, verde e preta), convoca a equipa de apoio aos familiares (Psicólogo, Assistente Social, Capelão e Voluntariado) e solicita o reforço da sua equipa com enfermeiros dos diversos serviços de acordo com o nível de alerta despoletado.

Durante este desempenho o enfermeiro EEMC na área de Enfermagem à PSC ativa a resposta a critérios específicos da competência que passamos a descrever: salvaguarda as condições de segurança, realiza a triagem primária e secundária em catástrofe, garante a continuidade dos cuidados através de registos concisos em meios estipulados para estas situações, demonstra conhecimento sobre o “Plano Municipal de Catástrofe e Emergência” e detalhadamente sobre o “Plano Interno de Emergência” e difundindo-os pela equipa pluridisciplinar, avalia continuamente a eficácia da sua função corrigindo possíveis falhas e comunica eficazmente em emergência de forma perentória, direta e sucinta.

O enfermeiro EEMC na área de Enfermagem à PSC colabora nas revisões do plano institucional e participa como formador no treino anual aos intervenientes, bem como, recebe uma formação anual designada “*table top simulation exercise*” dirigida ao enfermeiro gestor do SUMC, diretor clínico do SUMC, enfermeiros responsáveis de turno e elementos do CA.

Durante o estágio não presenciámos qualquer ativação do plano de emergência interno, mas relacionamo-nos com uma situação de risco natural: a pandemia provocada pelo COVID-19 que obrigou o Centro Hospitalar a estabelecer medidas acessórias e reorganizar a resposta de saúde. Em agosto de 2020 e de acordo com o “Plano de Contingência Prevenção e Controlo de Infecção por novo Coronavírus (COVID-19)” da instituição foi criada, numa zona geográfica paralela ao SUMC, a estrutura física que alberga a área funcional ADR para onde são encaminhados todos os doentes que na triagem apresentem quadro clínico sugestivo de patologia respiratória: tosse, febre, dificuldade respiratória, anosmia, disgeusia ou ageusia de início súbito.

O contato com esta área funcional possibilitou-nos o contato direto com uma situação pandémica que obrigou a adaptação do nosso plano de cuidados e intervenções de Enfermagem. Era uma área que criava, por si só, dificuldades à nossa prática clínica pela necessidade constante do uso de EPI adequado e cumprimento rigoroso e metucioso de medidas de higienização hospitalar que criavam uma barreira inevitável ao cuidar. Tivemos de criar autonomamente estratégias e perceber que o enfermeiro EEMC na área de Enfermagem à PSC tem de estar provido de espírito de sobrevivência que lhe permita a adaptação rápida e eficaz, sem prejuízo da salvaguarda pela vida e funções vitais do doente crítico.

A comunicação é aqui também aprimorada e o estabelecimento de relação terapêutica torna-se novamente um foco prioritário do cuidar pela ausência de qualquer suporte familiar a estes doentes nesta área funcional. Vimos que o enfermeiro EEMC na área de Enfermagem à PSC pode ter um papel fundamental durante uma situação pandémica e diferencia-se dos restantes pela visão complexa, ágil e inteligente com que gere os cuidados em situações adversas.

Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

A OE justifica esta competência e estabeleceu-a como comum a todas as áreas do enfermeiro EMC pelo:

Risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção, controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos. (OE, 2018, p. 19364)

Vê no cumprimento desta competência um pilar distinto na garantia de cuidados de qualidade à PSC, expresso pelo Regulamento dos PQCEEPSC.

Em 2013, através do Despacho n.º 2902/2013 publicado no DR, 2.a série - n.º 38 de 22 de fevereiro a DGS ordenou que fosse criado e dado como prioritário o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) que resulta da fusão do já antigo Programa Nacional de Controlo de Infeção (1999) com o Programa Nacional de Prevenção de Resistências aos Antimicrobianos (2008). Esta união resulta do reconhecimento pelas entidades de saúde e pela DGS da relação diretamente proporcional entre o consumo e administração de antimicrobianos e o número crescente de infeções associadas aos cuidados de saúde. Com esta fusão sinérgica a DGS pretendeu:

A prevenção e controlo de infeções associadas a cuidados de saúde, a promoção do uso sensato de antimicrobianos, e a redução da emergência de resistência a antimicrobianos e da transmissão de microrganismos resistentes, através de intervenções de melhoria de qualidade, educativas e comportamentais. (DGS, 2021, p. 8)

É de enorme importância que o enfermeiro EEMC na área de Enfermagem à PSC possua conhecimento das diretivas deste programa de forma a aplicá-las na sua prática diária e no seio da equipa multidisciplinar sempre com um papel proativo e educacional. Tivemos por isso interesse em constatar estas diretrizes e perceber que a adesão permanente às precauções básicas de controlo de infeção (PBCI) e o auxílio à vigilância e controlo da prescrição antimicrobiana são competências do especialista.

Atualmente os Grupos Coordenadores Locais (GCL), definidos pelo Despacho n.º 15423/2013 do DR, 2ª série - n.º 229 de 26 de novembro em substituição das anteriores Comissões de Controlo de Infeção, têm como missão garantir que os cuidados de saúde prestados à população por eles abrangida sejam de elevado nível de qualidade técnica suportada pela otimização de todos os recursos e pela mais recente evidência científica de forma a prevenir infeções evitáveis e proporcionar ganhos em saúde.

Para nos inteirmos mais proximamente ao GCL para o PPCIRA do Centro Hospitalar consultamos o seu regulamento e tentamos em todo o estágio seguir as suas premissas e sermos pró-ativos na sua implementação, com vista ao melhor resultado nas auditorias executadas, como por exemplo, a lavagem das mãos. Em toda a nossa contribuição procuramos ser prudentes e exemplares no estabelecimento de estratégias adaptadas ao SUMC de salvaguarda das PBCI.

Universalmente cuidamos todo o doente como potencialmente colonizado ou infetado com microrganismos podendo constituir reservatório ou fonte potencial para a transmissão cruzada de infeção. Lidamos com todos os fluídos corporais (sangue, secreções e excreções), soluções de continuidade da pele e mucosas e qualquer material ou equipamento do ambiente de prestação de cuidados como potencialmente colonizados por agentes microbianos.

Tomando como princípio esta disposição preventiva consideramos que obtínhamos como resultado a autoproteção, bem como, a do doente, do ambiente, do familiar/cuidador e de toda a equipa. Seguimos como premissas nos nossos cuidados à PSC as *bundles* expressas pelo GCL da intuição para as PBCI: a higienização das mãos conforme o procedimento interno, uso correto do EPI, respeito pelas instruções de uso, descontaminação e eliminação de todos os equipamentos da prestação de cuidados, respeito pelo ambiente com garantia da desinfeção das áreas funcionais supervisionando os AAD na higienização e limpeza dos equipamentos, promoção da exclusão imediata de derrame de fluidos orgânicos, manuseamento seguro da roupa hospitalar, respeito pela triagem e eliminação dos resíduos hospitalares, prática segura na administração de injetáveis e medidas de etiqueta respiratória. Especificamente no SUMC existem dois documentos internos “Descontaminação de material/equipamento da sala de emergência” e “Higienização das salas de emergência” que o enfermeiro EEMC na área de Enfermagem à PSC tem de dominar, monitorizar e avaliar. Denotamos que o enfermeiro EEMC na área de Enfermagem à PSC está sob análise dos restantes colegas generalistas e, nomeadamente, dos menos experientes no que respeita ao cumprimento destas premissas. Vêm em nós um exemplo a seguir e em caso de dúvida em qualquer PBCI questionam-nos a sua resolução.

Na prestação de cuidados a doentes em regime de isolamento por identificação de presença de algum microrganismo multirresistente, como por exemplo, *Clostridium difficile*, *Enterobacterias produtoras de beta-lactamases de espectro ampliado* e *Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase (KPC)* cumprimos escrupulosamente as PBCI designadas para o tipo de isolamento prescrito, tivemos constantemente a inquietação de seguir o princípio básico “do mais limpo para o mais sujo” prestando os cuidados a estes doentes após o cuidado aos restante sem prejuízo da sua estabilidade e estabelecemos a gestão e alocação mais distanciada destes doentes dentro da área funcional para prevenção da infeção.

O desenvolvimento desta competência, em alguns turnos mais complexos no SUMC, foi executado com menor rigor e algumas das premissas foram, ainda que apenas escassas vezes, descuradas.

A pandemia trouxe um acréscimo de exigência nestas medidas e obrigou-nos a olhar para as PBCI de uma forma mais presente instituindo um grande investimento na prevenção e

controle da disseminação da infecção nas nossas práticas dos cuidados de enfermagem especializados.

Relativamente à resistência aos antimicrobianos a DGS no relatório de 2021 descreve que:

O consumo hospitalar de antibióticos tem-se mantido estável desde 2013 e abaixo da média europeia. De 2015 a 2019, houve sustentada diminuição de consumo de carbapenemes, um dos objetivos prioritários do PPCIRA. No entanto, em 2020 e, também, em 2021, houve aumento de consumo de carbapenemes. (2021, p. 9)

Concluiu-se ainda que a resistência a antimicrobianos tem apresentado tendência globalmente decrescente, mas a evolução da taxa de KPC tem sido marcadamente crescente “aumentando de 2,0% para 11,6%” (2021, p. 9) entre 2013 e 2020. A Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica emitiu em 2018 uma orientação sobre antibioterapia onde defende a estreita colaboração dos serviços farmacêuticos hospitalares com os GCL e que todos os antimicrobianos devam ser sujeitos a justificação com preenchimento de formulário específico de forma a permitir a monitorização e avaliação (Infarmed, 2018, p. 1).

O enfermeiro EEMC na área de Enfermagem à PSC deve ter um papel ativo em matéria de administração de antimicrobianos e junto da restante equipa multidisciplinar, especialmente médica, gerir e auxiliar na vigilância e uso racional dos mesmos. Num dos turnos na área laranja tivemos essa atuação ativa junto do médico em prol do racionamento do uso de antimicrobiano num doente crítico aos nossos cuidados. Tratava-se de um doente com diagnóstico de infecção respiratória com insuficiência respiratória tipo II associada. Permanecia em vigilância e monitorização continua há cerca de 12 horas. A atuação médica foi invasiva e de suporte vital, mas após o insucesso no tratamento da insuficiência respiratória, decidiram alterar a estratégia terapêutica e privilegiar somente o cuidado confortador. Quando já todo este plano estava conciliado verificámos a prescrição de um antimicrobiano de largo espetro. De forma assertiva, mas providos dos conhecimentos desta competência, demonstrámos junto do médico o risco-benefício desta prescrição e o uso exagerado e desadequado do antimicrobiano tendo resultado na sua suspensão.

Não poderíamos terminar a descrição da aquisição das competências específicas do enfermeiro EEMC na área de Enfermagem à PSC sem salientar que os enunciados descritivos

dos PQCEEPSC foram respeitados e interiorizados. Integrámos agora na nossa atuação mais consciente, completa, responsável e diferenciadora o olhar para a PSC, de forma holística, minimizando o impacto negativo da vivência dramática e traumática de que é portadora.

Estamos conscientes para promover ganhos em saúde o mais precocemente possível mesmo perante situações clínicas complexas. Integraremos na nossa prática clínica especializada a execução de intervenções de Enfermagem seguras, ponderadas, organizadas, conhecedoras dos riscos potenciais e cientificamente validadas e atualizadas. Bem como, a garantia do bem-estar do doente e, tanto quanto possível, a sua autonomia, a resolução das suas funções mais básicas e vitais e a prevenção de complicações infecciosas associadas aos cuidados prestados.

CAPÍTULO II – INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

No Relatório do dia internacional do enfermeiro de 2022 emitido pelo Conselho Internacional de Enfermeiros a presidente, Dra. Pamela Cipriano, salientou que:

Todos os dias, os enfermeiros de todo o mundo superam desafios inacreditáveis para cuidar dos seus doentes e comunidades” e que “os enfermeiros são catalisadores de uma transformação positiva para repelir as forças que ameaçam a saúde global e para construir sistemas de saúde fortes. (2022, p. 4)

Um sistema de saúde de alta qualidade só é conseguido com enfermeiros qualificados, motivados e empenhados para a constante necessidade de adaptação, inovação e resolução de problemas de saúde, cada vez mais complexos e exigentes. Face a todas as adversidades atuais dos sistemas de saúde, como foi exemplo a pandemia por COVID-19, e ao atual paradigma da saúde, os enfermeiros, como pilar integrante e essencial, reconhecem o requisito de praticarem os melhores cuidados consentâneos com a melhor e mais atual evidência científica, seguindo o narrado por Kérouac et al. (2005): “A formação difunde os conhecimentos essenciais para a prática e a investigação fá-los evoluir” (p. 112). Descrevem, ainda, que a investigação em enfermagem tem como fundamental objeto de estudo os conceitos centrais do metaparadigma onde se constata que a prática, a teoria e a investigação estão interligadas e interagem continuamente entre si:

A prática interroga e sugere as hipóteses; a teoria guia a conceção dos problemas e os temas da investigação. Os investigadores elaboram projetos e efetuam a investigação científica, o que lhes permite aperfeiçoar a teoria existente e contribuir para a elaboração de novas teorias. (2005, p. 112)

Os autores supracitados referenciam na sua obra muitas conclusões de Afaf Meleis e dos enunciados expostos por Patricia Benner que defendem que os enfermeiros que estão na

prática clínica devem, também, efetuar investigação pois o conhecimento não pode ser estático e o contexto clínico exige constante atualização.

A intervenção em serviço surge quer inspirada nestes pressupostos, quer nos PQCE que defendem que “o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática” (2001, p. 10), quer ainda na competência “baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (OE, 2019, p. 4749) das competências comuns do enfermeiro especialista.

1. METODOLOGIA DE PROJETO

Atualmente a enfermagem é muito reconhecida e diferenciada no seio da comunidade científica por se constituir de conhecimento baseado na evidência obtido através de investigação científica criteriosa, sistemática e constante.

Para a obtenção de um saber de tal natureza é necessário um procedimento criterioso e metódico porque “para que um conhecimento possa ser considerado científico, é necessário identificar as operações mentais e as técnicas que permitem a sua verificação” (Vilelas, 2020, p. 59). É na designada fase metodológica que o investigador determina os métodos a utilizar para obter as respostas às suas questões de investigação (Fortin, 1999) e define o conjunto de procedimentos a seguir ao longo de um caminho até ao fim que é procurado.

Assumimos como caminho processual desta intervenção em serviço a metodologia de trabalho de Projeto com as suas cinco etapas definidas por Ruivo et al. (2010): Diagnóstico de situação; Definição de objetivos; Planeamento; Execução e avaliação; Divulgação dos resultados.

A metodologia escolhida, o projeto, é um plano de trabalho ligado à investigação “que através de pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência” (Ruivo et al., 2010, p. 2).

É uma metodologia que remonta a 1918, aquando da sua teorização por William H. Kilpatrick, e divulgada em Portugal em 1978. É amplamente aplicada nas ciências da saúde e, nomeadamente na enfermagem, onde é seguido um processo com vista à resolução de uma problemática identificada num contexto de prestação de cuidados ao doente, de forma a prevenir complicações e melhorar a assistência em saúde. Trata-se de um processo dinâmico onde é estabelecida uma ponte entre a teoria e a prática, com alicerce na investigação científica de forma a solucionar um problema verídico através de estratégias e intervenções pré-estabelecidas. O próprio processo de enfermagem criado por Margot Phaneuf é um preclaro exemplar desta metodologia assim como o PNS da DGS e todos os programas nele incluídos. Pretende-se um trabalho de projeto que seja sustentável, proporcione benefícios

perduráveis, crie dinâmica no seio da equipa de enfermagem e incentive a melhorias futuras.

“Neste sentido, a execução de um Projeto tem como objectivo final a satisfação das necessidades identificadas, de forma a que (...) resolva ou minimize os problemas (...) otimize ou aumente a eficácia dos serviços prestados (...)” (Ruivo et al., 2010, p. 10).

1.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O primeiro passo do investigador que desenvolve uma metodologia de trabalho de Projeto é meditar sobre as inquietações que o contexto onde se encontra inserido lhe provoca, sistematizá-las e escolher uma problemática em particular para tratar e resolver que responda às necessidades da população envolvida (Vilelas, 2020).

Esta etapa é designada por “diagnóstico de situação” e consiste “na elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada” (Ruivo et al., 2010, p. 10).

Nesta fase metodológica focamo-nos, primeiramente, em identificar um problema da prática clínica do referenciado SUMC que carecesse de intervenção *in loco* e seguidamente verificar as necessidades do serviço para a sua resolução.

Decidimos criar este diagnóstico em 2 fases distintas. Na primeira, estabelecemos contacto com o SUMC antes de iniciarmos o estágio para minimizar a influência das nossas crenças pessoais na escolha. Em novembro de 2021 dirigimo-nos pessoalmente ao SUMC onde questionamos, num contexto de conversa informal, o enfermeiro gestor e alguns enfermeiros especialistas da equipa, indicados pelo enfermeiro gestor, sobre as problemáticas relacionadas com os cuidados de enfermagem à PSC nas quais reconheciam necessidade de intervenção.

Na segunda fase, já durante o estágio, observamos ao longo do primeiro mês os possíveis dilemas da prestação de cuidados que beneficiassem da nossa intervenção. De entre os vários nomeados pela equipa e observados por nós, um destacou-se pela unanimidade e mereceu a nossa atenção, curiosidade e preocupação, como já referido no capítulo I: os momentos de passagem de turno da equipa de enfermagem. Constatámos que estes momentos de transição dos cuidados de enfermagem à PSC, independentemente da área

funcional, eram realizados junto dos doentes e sem uma metodologia padronizada de comunicação. Esta constatação gerou em nós, primeiramente, um dilema ético por considerarmos que esta prática poderia desrespeitar princípios éticos e normas deontológicas inerentes à nossa profissão, como o respeito pela intimidade do doente e o dever de sigilo. Seguidamente analisamos que poderia diminuir a segurança do doente e a qualidade da continuidade de cuidados pelo tipo de comunicação que era estabelecida, pois, verificamos que os enfermeiros usavam como guião uma grelha criada internamente para o serviço intitulada de “Passagem de turno SUMC” que não se encontrava homologada pela instituição, não seguia qualquer metodologia defendida pela evidência científica ou normativa governamental e que para o seu preenchimento não existiam regras estabelecidas prevalecendo a sensibilidade e experiência de cada enfermeiro.

Todos os enfermeiros reconheciam que estes momentos de transição de cuidados careciam de melhoria, sentiam apreensão pelo possível incumprimento de princípios éticos e deontológicos e assumiam a existência ocasional de falhas na comunicação estabelecida, nomeadamente, pela omissão de informação pertinente sobre os cuidados ao doente que geravam dúvida e necessidade de gestão de conflitos e stress nos turnos seguintes. Para um diagnóstico mais completo da situação fomos consultar os documentos internos deste Centro Hospitalar e apuramos a existência de um procedimento interno designado por “Comunicação Efetiva na Prestação de Cuidados” homologado e divulgado a 3 de novembro de 2021, no seguimento das normativas mais recentes emanadas pela DGS sobre a temática da comunicação eficaz para segurança do doente, que focava especificamente os momentos de passagem de turno e a metodologia mais cientificamente aceite para a comunicação nas transições de cuidados.

Confirmamos que a maioria dos enfermeiros da equipa do SUMC desconheciam este procedimento, não tiveram acesso a formação e não foram implementadas no serviço quaisquer medidas decorrentes do mesmo. O enfermeiro gestor, após a nossa auscultação e do relato de opinião de diversos enfermeiros especialistas da equipa, concordou ser uma problemática relevante no SUMC, passível e urgente de ter uma intervenção adequada da nossa parte.

Planeou-se assim, uma intervenção em serviço com o objetivo de resolver ou minimizar este problema e por essa via otimizar a qualidade da comunicação entre os enfermeiros

relacionada com a transição dos cuidados de saúde praticados, aumentar a segurança do doente crítico no SUMC e demonstrar o papel particular do enfermeiro EEMC na área de Enfermagem à PSC nesta problemática.

A comunicação na transição de cuidados ao doente crítico

Uma vez delimitada a temática que vai dar o mote à nossa intervenção em serviço torna-se indispensável, para o completo enquadramento do diagnóstico de situação, a construção de um referencial teórico para o problema a tratar, ou seja, “a bagagem concetual e as teorias já elaboradas relativamente ao tema, mas focalizadas agora para o nosso estudo” (Vilelas, 2020, p. 47).

A preocupação com a temática da comunicação eficaz para a segurança do doente é pilar e alvo de estudo, avaliação e observação por várias entidades ligadas às Ciências da Saúde, quer a nível mundial, como a OMS e a *Joint Comission*, quer a nível nacional, como a DGS e a OE. A comunicação, e especificamente a comunicação entre os profissionais de saúde, é consensualmente apontada como um fator determinante para a qualidade e segurança da prestação e continuidade de cuidados ao doente.

A segurança do doente é inquietação mundial e o relatório “To err is human” do Instituto de Medicina Americano publicado no ano 2000, foi o primeiro e grande impulsionador do movimento em torno da segurança do doente” (Figueiredo et al., 2020, p. 35).

Em 2002 a OMS na sua 55ª Assembleia Mundial da Saúde discutia pela primeira vez sobre a necessidade global de qualidade do atendimento e segurança do doente e reconhecia que:

A combinação complexa de processos, tecnologias e interações humanas que constituem o moderno sistema de prestação de cuidados de saúde pode trazer benefícios significativos. No entanto, também envolve um risco inevitável de eventos adversos que podem - e muitas vezes acontecem – acontecer. (2002, p. 1)

Nessa mesma assembleia apresentou o conceito de “evento adverso” em saúde relatando que proporcionam gastos acrescidos para as instituições e sistemas de saúde, aumento dos

tempos de internamento, invalidez, mortes e descrença na saúde pela população, pelo que demandou, na “Resolução WHA55.18 sobre Qualidade do cuidado: segurança do paciente”, que todos os sistemas de saúde possuísem um plano de segurança dos cuidados com avaliações periódicas. A implementação desta resolução despoletou internacionalmente várias iniciativas em torno da segurança dos cuidados de saúde com desenvolvimento de normas e padrões globais, promoção de políticas baseadas em evidências e promoção de mecanismos para reconhecer a excelência em matéria de segurança do doente.

Em 2006, a OMS criou, na *Joint Commission International (JCI)*, as seis metas internacionais para a segurança do doente para promover melhorias em áreas problemáticas dos cuidados: identificação correta dos doentes, melhoria da comunicação entre profissionais, melhoria da segurança no uso de medicamentos de risco, correta identificação nas cirurgias, redução do risco de infeções associadas aos cuidados e diminuição de quedas e lesões associadas dos doentes nos serviços de saúde.

Em 2011 a OMS emitiu um Relatório Técnico Final de um Projeto intitulado “Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente” que foi posteriormente traduzido pela DGS e sobre o qual a OE depositou grande interesse na divulgação. O mesmo definia segurança do doente como:

Redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. Um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo.

(DGS, 2011, p. 14)

Mais atualmente na 72ª Assembleia Mundial da Saúde em 2019 a OMS adotou a “Resolução WHA72.6” que determinou o desenvolvimento do “Plano de Ação Global de Segurança do Paciente 2021-2030.” O objetivo deste plano de ação é fornecer orientação estratégica com vista à eliminação dos eventos adversos na assistência à saúde e melhorar a segurança do doente em diferentes domínios da prática (OMS, 2019).

A nível nacional, e em resposta ao demarcado pela OMS, a DGS possui consecutivamente um “Plano Nacional para a Segurança dos Doentes” (PNSD) que tem a sua mais atual elaboração para 2021-2026 aprovada em 24 de setembro de 2021 que tem por objetivo:

Consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde (...) sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação, e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos. (DGS, 2021, p. 97)

Tal como nos planos anteriores a comunicação volta a ser um dos pilares onde é referido que,

A comunicação efetiva é essencial ao longo de todo o ciclo de cuidados, com particular destaque para os momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde. (DGS, 2021, p. 100)

Já em 2017 a DGS emitiu uma norma denominada “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”. Nesta norma é definido a transição de cuidados de saúde como “qualquer momento da prestação em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, que tem como missão a continuidade e segurança dos mesmos” (DGS, 2017, p. 4) e reconhecido que esses momentos são vulneráveis e exigentes, pelo que, necessitam de uma comunicação eficaz entendida como a transmissão de “informação entre os profissionais de saúde, que se caracteriza por ser oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor” (DGS, 2017, p. 4). A DGS fundamenta esta norma pela importância que a qualidade na transição dos cuidados de saúde representa na segurança do doente com vista à diminuição de eventos adversos e de mortalidade associada. Assim, configura que “a transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR” (2017, p. 1).

Também no ano de 2017 a JCI publicou um alerta sobre a inadequada comunicação nas transferências de cuidados e recomendou expressamente o uso desta ferramenta.

A mnemónica ISBAR, inicialmente designada como SBAR na sua criação por Leonard, Graham e Bonacum em 2004, apresenta-se como um auxiliar de memória em que I - Identificação, S - Situação atual, B - Antecedentes, A - Avaliação, R – Recomendações. É uma ferramenta de padronização de comunicação recomendada por várias organizações de saúde mundiais por força da sua fácil memorização e replicação em diferentes contextos de uma forma padronizada, simples, flexível, concisa e clara. A DGS delinea que esta técnica possa ser aplicada em todos os níveis de prestação de cuidados, com caráter prioritário na prestação de cuidados, com os responsáveis pela informação emitida devidamente identificados, com informação escrita ao invés de oral sempre que possível e existência de formação anual e auditorias relativas a esta metodologia nas instituições de saúde.

1.2. DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS

Depois de identificada e descrita a problemática do SUMC que mereceu a nossa intervenção foi imprescindível definir os resultados que queríamos obter com este trabalho de projeto, de forma a orientar meios, estratégias e os esforços necessários para o seu alcance.

Tal como indica Ruivo et al. (2010) “os objetivos apontam os resultados que se pretende alcançar, podendo incluir diferentes níveis que vão desde o geral ao mais específico” (p. 18).

Os objetivos delineados pretendem dar resposta à resolução do problema detetado e antecipam o que será efetuado de forma a chegar a uma concretização e uma meta.

Dividindo os objetivos em dois níveis estipulou-se:

Objetivo geral:

- . Promover a implementação da utilização da técnica ISBAR na transição de cuidados ao doente crítico.

Objetivos específicos:

- . Pesquisar a evidência científica mais atual sobre a utilização da técnica ISBAR por enfermeiros no serviço de urgência;

- . Discutir com os enfermeiros a importância do uso da técnica ISBAR na transição de cuidados ao doente crítico;
- . Treinar os enfermeiros para o uso da técnica ISBAR durante a passagem de turno;
- . Incentivar à avaliação/auditoria periódica do uso da técnica ISBAR na transição de cuidados ao doente crítico.

1.3. PLANEAMENTO

O caminho a ser percorrido ao longo deste projeto foi detalhadamente escolhido nesta fase onde tivemos de refletir sobre a questão “Qual é a melhor estratégia para atingir os objetivos?” (Ruivo et al., 2010, p. 20). Nesta fase do projeto “realiza-se o levantamento dos recursos (...) limitações condicionantes (...) definidas as actividades a desenvolver (...) definidos os métodos e técnicas de pesquisa bem como o respetivo cronograma” (Ruivo et al., 2010, p. 20).

Assim estipulamos que para cada objetivo específico definido anteriormente realizaríamos um conjunto de atividades e desenvolveríamos estratégias que permitissem o alcance do resultado esperado:

Objetivo 1: Pesquisar a evidência científica mais atual sobre a utilização da técnica ISBAR por enfermeiros no serviço de urgência:

- a. Escrever uma *Rapid Review* sobre a utilização da técnica ISBAR pelos enfermeiros no SU.

Objetivo 2: Discutir com os enfermeiros do serviço de urgência a importância do uso da técnica ISBAR na transição de cuidados ao doente crítico:

- a. Planear uma ação de formação sobre a técnica ISBAR;
- b. Apresentar a ação de formação ao enfermeiro gestor do SUMC, à enfermeira tutora, ao coordenador do Gabinete de Gestão da Qualidade e do Risco e à orientadora científica da ESE-UMinho;
- c. Calendarizar a ação de formação junto do coordenador do Gabinete de Formação e ensino pré e pós-graduado;

- d. Divulgar a ação de formação pelos enfermeiros do SUMC;
- e. Realizar a ação de formação;
- f. Avaliar a ação de formação através da aplicação de um questionário que avalia a ação e o formador;
- g. Expor no SUMC um poster ilustrativo da técnica ISBAR.

Objetivo 3: Treinar os enfermeiros do serviço de urgência para o uso da técnica de ISBAR:

- a. Criar um documento de registo para a passagem de turno com a metodologia ISBAR;
- b. Apresentar o registo para a passagem de turno com a metodologia ISBAR aos enfermeiros do SUMC;
- c. Exemplificar o uso do registo para a passagem de turno com a metodologia ISBAR durante a formação.

Objetivo 4: Incentivar à avaliação/auditoria periódica do uso da técnica ISBAR pelos enfermeiros do SUMC após a sua implementação

- a. Construir uma grelha de observação da técnica ISBAR;
- b. Apresentar a grelha de observação da técnica ISBAR ao coordenador do Gabinete de Gestão da Qualidade e do Risco.

Para a concretização das atividades acima propostas verificamos que necessitávamos de determinar as necessidades de meios para as desenvolver, ou seja, a “determinação de quais os recursos – pessoa, equipamentos, materiais necessários, e em que quantidades, para a realização das atividades do projeto” (Ruivo et al., 2010, p. 21). Inspirados na nomenclatura dos meios de Chase e Aquilano (1995) citada por Ruivo et al. (2010) dividimos os meios que iríamos necessitar em humanos, técnicos, materiais e financeiros.

Como **meios humanos** para a execução das atividades verificamos que seria imprescindível e somente exequível se formássemos equipa com a nossa enfermeira tutora integrando-a como elemento ativo deste trabalho de projeto. Esta escolha foi proposta ao enfermeiro gestor que rapidamente concordou e aprovou, o qual também foi convidado a ter um papel

cooperador, influenciador da restante equipa de enfermagem e de nosso consultor. Definimos que a técnica ISBAR seria apresentada à totalidade da equipa de enfermagem do SUMC, para poder ser posteriormente implementada.

Quanto aos **meios técnicos** verificamos que necessitávamos de: computador pessoal com acesso de rede móvel, pen USB, acesso remoto via Virtual Private Network (VPN) aos serviços documentação e biblioteca da UM, conta de email da UM, impressora a cores e uma sala de formação no Centro Hospitalar com computador e projetor multimédia.

Como **meios materiais** prevíamos carecer de: impresso do plano de ação de formação, do registo de presenças, do questionário de avaliação da ação de formação, do relatório da ação de formação, da ficha de inscrição na ação de formação, do questionário de avaliação pelo formador e do poster e canetas.

Como **meios financeiros** previamente somente as despesas inerentes aos impressos necessários. Declara-se não terem existido quaisquer apoios ou financiamentos externos não fossem os da autora.

Ao criar as atividades de acordo com os objetivos definidos conjeturámos o possível surgimento, ao longo do percurso do trabalho de projeto, de limitações ou condicionalismos. Considerávamos que o espaço temporal de que dispúnhamos para a execução do trabalho de projeto, bem como o espaço temporal do estágio no SUMC, eram uma condicionante. Antecipamos que, possivelmente, este trabalho de projeto fosse o início de uma inovação mais ampliada para o SUMC que seria continuada por um grupo definido à *priori* de enfermeiros habilitados e selecionados para o efeito.

De forma a resumir todas as atividades e esquematizar a evolução e efetivação das mesmas tendo em conta o espaço temporal criamos este cronograma que elucida a calendarização de todo o trabalho de projeto:

Quadro 1 - Cronograma das atividades do Projeto

Atividades	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.
Diagnóstico de situação												
Pesquisa Bibliográfica												
<i>Rapid Review</i>												
Criação da ação de formação, poster, registo de passagem de turno e grelha de avaliação												
Divulgação da ação de formação												
Realização da ação de formação e aplicação do questionário de avaliação												
Exposição do Poster sobre a técnica ISBAR												
Pré-teste de implementação do registo de passagem de turno com o ISBAR												
Redação do Relatório de Estágio												
Entrega do Relatório de Estágio												

1.4. EXECUÇÃO

Esta etapa do trabalho de projeto corresponde à concretização real e efetiva de tudo o que foi mentalmente planeado ao longo de todas as fases que antecederam. É momento de mobilizar os meios, pesquisar e concretizar com o foco nos objetivos pretendidos e na resolução do problema encontrado.

Apresentamos de seguida e detalhadamente todas atividades e estratégias na medida dos objetivos traçados.

Rapid Review

Para implementarmos inovação na equipa refletimos que não poderíamos basear-nos apenas em fatos dispersos e apresentarmos somente a definição do que queremos inovar. Era necessário investigar sobre a temática onde se insere o problema que estamos a tentar resolver para encontrar e expor um suporte rígido teórico atualizado, ou seja, a evidência científica mais recente que justifica e alicerça o que queremos realizar e

Para poder fazê-lo é necessário ter, em primeiro lugar, uma ideia do estado atual dos conhecimentos na área de estudo que se vai investigar, conhecer os últimos avanços significativos a seu respeito e os pontos que requerem um maior esforço na sua elucidação e clarificação. (Vilelas, 2020, p. 84)

Para obtermos conhecimento sobre o estado de arte do problema que estamos a trabalhar é necessário um método de aquisição que tenha uma base científica aceite no seio das ciências da saúde e reconhecida pela sua credibilidade. A investigação científica é o método mais rigoroso e aceite por se constituir de um processo sistemático, racional e rigoroso que permite descrever e explicar factos e fenómenos no seio das disciplinas (Fortin, 2009). A enfermagem é uma das disciplinas que mais evoluiu com o uso da investigação científica e, como tal, consideramos que será no seio deste método que poderemos descobrir e desenvolver mais sobre a problemática do nosso trabalho de projeto pesquisando sobre o mesmo.

A consulta a diversas fontes documentais não só fornece ao investigador ocasião para verificar o estado dos conhecimentos no domínio de investigação a estudar, como (...) este exercício lhe permite, também, alargar o seu campo de conhecimentos, estruturar o seu problema de investigação e estabelecer ligações entre o seu projeto e os trabalhos de investigação efetuados por outros investigadores. (Fortin, 1999, p. 73)

Ao processo de catalogação e examinação pormenorizada e resumo das publicações científicas pertinentes sobre um tema a investigar Fortin (2009) designou de “Revisão da Literatura” e é este processo que iremos seguir nesta fase do trabalho de projeto. As

revisões da literatura podem ser categorizadas de diferentes formas consoante a questão da investigação, as metas, o campo de pesquisa, o tempo disponível e o grau de profundidade da análise a efetuar (Vilelas, 2020).

Visto termos um limite temporal estreito que nos impossibilitava de cumprir o rigor metodológico exigido e apenas querermos conhecer, de forma rápida, as evidências mais oportunas para decidir um melhor método para a nossa intervenção, desenvolvemos uma *Rapid Review* apresentada pelo Cochrane (2020) como “uma forma de síntese de conhecimento que acelera o processo de condução de uma revisão sistemática tradicional por meio da simplificação ou omissão de métodos específicos para produzir evidências para as partes interessadas de maneira eficiente em termos de recursos” (p. 1). Esta apresenta-se como uma ferramenta eficiente na obtenção de evidência científica não impondo uma metodologia tão rigorosa, o que encurta o tempo de realização, podendo ser realizada apenas por um revisor e já muito usada nas ciências da saúde, nomeadamente, quando se quer tomar decisões rápidas sobre matérias de saúde, como por exemplo, na recente pandemia COVID-19 (Garritty et al., 2021).

Assim, o principal objetivo desta *Rapid Review* é pesquisar a evidência científica mais atual sobre a utilização da técnica ISBAR por enfermeiros em serviço de urgência de forma a cimentar a nossa base de conhecimentos para intervirmos posteriormente no SUMC com o menor viés científico possível.

Apesar de ser uma revisão reconhecida pela sua metodologia menos rígida tentamos manter algum rigor processual e, por isso, seguimos as recomendações provisórias emanadas pelo grupo Cochrane Rapid Reviews Methods Group (2020) para a execução de todo o protocolo desta revisão.

O primeiro passo, tal como indicado e designado nestas recomendações, é definir uma “questão de pesquisa (...) e um protocolo que inclua perguntas de revisão PICOS e critérios de inclusão e exclusão” (Cochrane, 2020, p. 1). Seguindo-nos pelo acrónimo da estratégia PICO (*Population, Intervention, Comparison e Outcome*) (Quadro 2) formulamos a seguinte questão para direcionar a nossa pesquisa:

“Qual a importância da utilização da técnica ISBAR pelos enfermeiros num serviço de urgência, para a comunicação segura, na transição de cuidados à pessoa em situação crítica?”.

Quadro 2 - Questão de pesquisa orientada pelo acrónimo PICOS

P (Population)	Enfermeiros do serviço de urgência
I (Intervention)	Utilização da técnica ISBAR
C (Comparison)	Não se aplica neste tipo de estudo
O (Outcome)	Comunicação na transição de cuidados à PSC

Encontrada a questão que nos abre o caminho para o ato de pesquisar e continuando a seguir as recomendações supracitadas, pré-estabelecemos critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos estudos que fossem encontrados, “os quais compõem um teste de evidência inicial” (Vilelas, 2020, p. 115), proporcionando a maior qualidade possível da colheita:

Critérios de inclusão: estudos de todas as tipologias, publicados no espaço temporal compreendido entre 2016 e 2021; redigidos em português ou inglês; disponíveis para acesso em texto integral; desenvolvido em serviços de urgência; tendo como participantes os enfermeiros.

Critérios de exclusão: estudos desenvolvidos na área da pediatria, neonatologia ou obstetrícia.

Estabelecidos os critérios de seleção é nos imposta a escolha das bases de dados eletrónicas a serem consultadas, assim, acedemos à “*CochraneLibrary*”, “*MEDLINE*”, “*Web of science*”, “*Scopus*” e “*LILACS*” entre novembro e dezembro de 2021. Não realizamos pesquisa suplementar para evitar a literatura cinzenta.

Chegados às bases de dados era necessário ter uma linguagem controlada, universal e reconhecida nas ciências da saúde, tal como indica Vilelas “descritores, considerados palavras-chave, ou um conjunto de palavras usadas para identificar as pesquisas existentes” (2020, p. 112). Escolhemos usar os DeCS/MeSH (Descritores em Ciências da Saúde/*Medical Subject Headings*) de entre os quais validamos os seguintes termos para a nossa pesquisa: Enfermeiro, Comunicação, Transferência da Responsabilidade pelo Paciente e ISBAR. Apesar

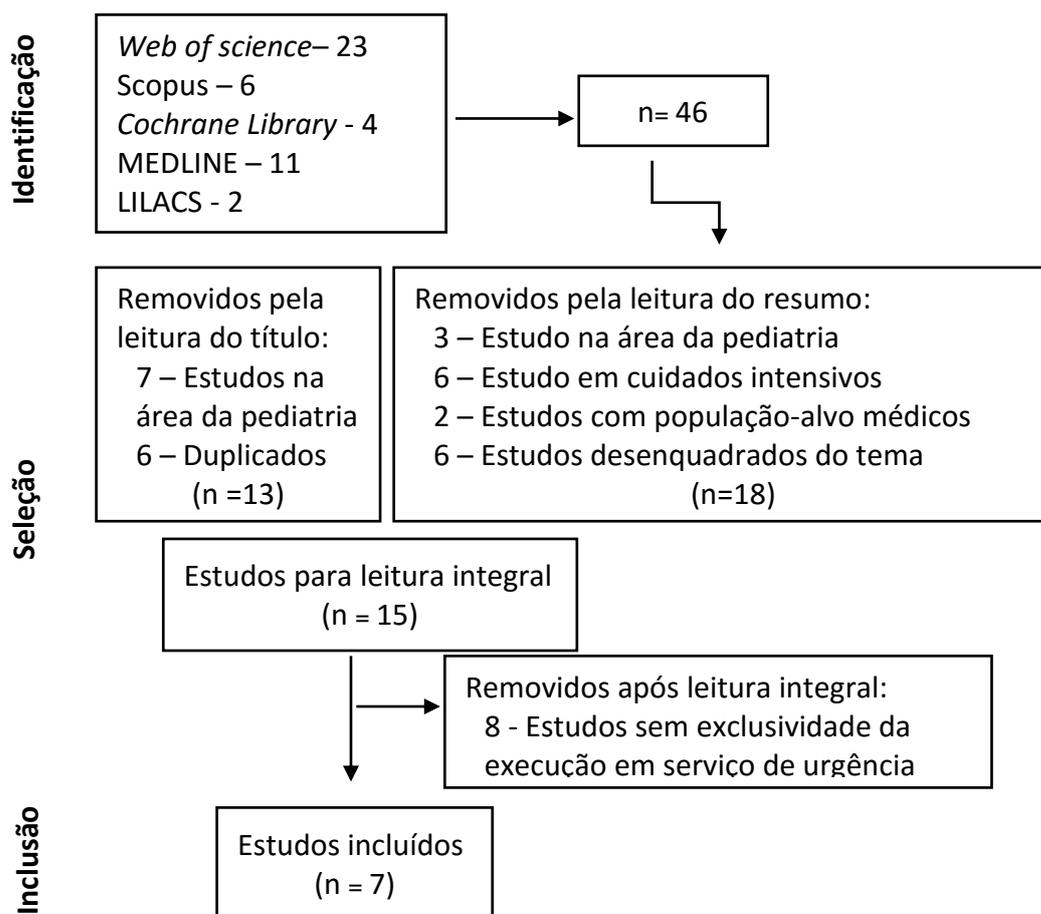
de o termo ISBAR não se encontrar indexado como descritor em ciências da saúde era imprescindível para a obtenção de bibliografia específica do tema em estudo. Para tornar a pesquisa mais focalizada e precisa empregamos os operadores booleanos “OR”, “AND” e “NOT” pois estes permitem a interseção de todos os termos escolhidos encurtando o alcance da pesquisa, mas aumentando a sua especificidade (Vilelas, 2020). Assim usamos a seguinte expressão de pesquisa:

“Enfermeiro/Nurse AND Comunicação/Communication AND Transferência da Responsabilidade pelo Doente/Transfer of Responsibility for the Patient” OR ISBAR NOT Criança/Child”.*

Definido todo o protocolo de pesquisa demos início com o refinamento da seleção dos artigos com a aplicação de todos os critérios pré-estabelecidos. Foram encontrados inicialmente 46 estudos. Ponderando o espaço temporal que contémamos para a análise dos estudos era necessário diminuir largamente este número inicial e restringir ao máximo a nossa escolha, de forma a tornar a pesquisa o mais rica possível em conteúdo pertinente. Optámos por analisar todos estes estudos através da leitura do seu título e extrair os que preenchiam os critérios estipulados. Pela leitura do título removemos 13 estudos, pela leitura do resumo removemos 18 estudos e ao longo desta filtragem ainda encontramos 6 estudos já duplicados que foram também removidos. Nesta filtragem predominou a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, pois encontramos estudos na área da pediatria, estudos onde a população alvo eram apenas os médicos e estudos sem texto integral disponível. Assim, obtivemos 15 estudos para leitura na íntegra por um revisor. Após esta leitura foram ainda excluídos 8 estudos por possuírem como participantes enfermeiros do serviço de urgência, mas conjuntamente, de outros serviços não oferecendo exclusividade do estudo ao serviço de urgência. Em nossa opinião colher dados desses estudos poderia criar algum viés na informação obtida e encaminhar-nos para conclusões menos credíveis para a nossa temática central.

Finalmente obtivemos como produto final da pesquisa 7 estudos a constituir o nosso *corpus* de análise e recolha de conteúdo. Todo este processo é relatado na figura seguinte através da inspiração no Diagrama de Fluxo PRISMA 2020 que “descreve o fluxo de informações através das diferentes fases de uma revisão” (Page et al., 2021, p.1):

Figura 1 - Diagrama de fluxo da Rapid Review.



Apesar das recomendações da Cochrane para este tipo de revisão não exigirem um protocolo consideramos que a extração dos dados dos estudos analisados tornava-se mais criteriosa se nos baseássemos numa *checklist* reconhecida. Usamos então a sugerida por Vilelas (2020, p. 124) que explanamos na seguinte tabela:

Tabela 1 - Extração de dados dos estudos

Título do estudo	Autores Ano Local	Tipo de estudo/ Objetivos	Método	Participantes	Principais resultados
<i>Handoff of care in the perspective of the nursing professionals of an emergency unit</i>	Marilia Alves Clayton Lima Melo 2017 Brasil	Estudo de caso qualitativo Compreender a visão dos enfermeiros sobre a transição de cuidados ao doente no serviço de urgência	Entrevistas semiestruturadas e observação simples	14 enfermeiros do serviço de urgência de um hospital de Belo Horizonte	O estudo revelou que os enfermeiros conhecem o conceito de transição de cuidados e que uma boa comunicação proporciona segurança dos cuidados ao doente. Identificam como obstáculos à qualidade da comunicação no serviço de urgência: baixo rácio de enfermeiros, sobrecarga laboral, predominância de registo orais, informações ocultadas sobre o doente, conversas paralelas e interrupções. Reconhecem que os enfermeiros com nível de formação superior e com mais experiência na área de urgência valorizam mais a transição de cuidados e são mais eficazes na comunicação. Defendem uma comunicação presencial, clara, com confirmação de que o recetor percebeu a mensagem, treino de habilidades comunicacionais e uso de ferramentas de comunicação, como o ISBAR, com inclusão dos cuidadores/familiares na transição de cuidados. Assinalam o enfermeiro como profissional chave na transição de cuidados sendo referência na equipa multidisciplinar.
<i>Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review</i>	Martin Müller, Jonas Jürgens, Marcus Redaelli, KarstenKlingberg, Wolf E Hautz, Stephanie Stock 2017	Revisão sistemática da literatura Resumir o impacto da implementação do SBAR na segurança do paciente.	Revisão sistemática da literatura de 8 estudos	Não aplicável	Todo os estudos analisados demonstraram que o uso do ISBAR melhorou a segurança do doente e a consciencialização sobre os erros de comunicação. Pode ser uma ferramenta adaptativa adequada para muitos ambientes de saúde, em particular quando é necessária uma comunicação interpessoal clara e eficaz. Concluíram que faltam estudos de maior qualidade de evidência para amplificar as conclusões.
<i>Positive Impacts of Electronic hand-off systems designs on Nurses' communication effectiveness</i>	Ying Hui Hou, Li-Jung Lu, Pei-Hsuan Lee, I-Chiu Chang 2018 Taiwan	Estudo quase experimental Comparar a eficácia da transição de cuidados com e sem o uso do ISBAR	147 questionários com 44 questões numa escala <i>Likert</i> de 5 pontos; 70 ao grupo experimental e 77 ao grupo de controlo	Enfermeiros de 2 hospitais de Taiwan, um como grupo de controlo e outro grupo experimental	Concluíram que a eficácia da comunicação na transição de cuidados pelos enfermeiros aumenta quando usam o ISBAR, pois permite troca de informações mais precisas e uniformes sobre o doente em tempo real, facilita a comunicação efetiva entre os enfermeiros diminuindo drasticamente os erros e a influência individual. Garante a continuidade dos cuidados de enfermagem, permite aos enfermeiros sentirem-se mais confiantes e seguros e, conseqüentemente, aumenta a capacidade da prestação clínica da equipa. Entendem o ISBAR como um método fácil o que potencia a eficiência dos enfermeiros. Quando os enfermeiros não usam o ISBAR ficam dependentes apenas da capacidade cognitiva e expressiva individual obrigando-os a confiarem nos seus conhecimentos, capacidade de compreensão e habilidades verbais.

					Recomendam fortemente que os hospitais desenvolvam um sistema de comunicação que incorpore o design ISBAR.
<i>Pre- and post evaluations of the effects of the Connect, Ask, Respond and Empathise (CARE) protocol on nursing handover: A case study of a bilingual hospital in Hong Kong</i>	Jack Pun, Engle Angela Chan, Manbo Man, Suanne Eggins, Diana Slade 2018 Hong Kong	Estudo exploratório quantitativo Avaliar os efeitos do uso de um protocolo para a comunicação dos enfermeiros na transição de cuidados com inclusão do ISBAR	Aplicação de um novo questionário (Nurses Handover Perceptions Questionnaire) com uma escala de Likert de 4 pontos, antes e 6 semanas após de um treino de 4 horas com o protocolo de comunicação.	49 enfermeiros de um hospital de Hong Kong	Com o uso de um protocolo de comunicação com o ISBAR os enfermeiros melhoraram a sua percepção da informação pertinente sobre o doente a ser transmitida na transição de cuidados, passaram a transmitir informações mais completas e focadas, desenvolveram raciocínio crítico, reduziram a influência das distrações, como o ruído e as interrupções, e conseguiram uma interação mais eficaz com outros elementos da equipa o que resultou no aumento da segurança do doente e da qualidade dos cuidados. Os resultados sugerem que o uso de ISBAR e o seu treino foram reconhecidos como acessíveis entre os enfermeiros, expandindo as habilidades de liderança na gestão da comunicação na transição de cuidados em equipa. Perceberam que o treino tem de ser periódico pois há diminuição da eficácia da comunicação ao longo do tempo.
<i>Comunicação na transição de cuidados de enfermagem em um serviço de emergência de Portugal</i>	Cidália Castro, M ^a Marques, Célia Vaz 2019 Portugal	Estudo observacional, descritivo, transversal, quantitativo. Conhecer a opinião dos enfermeiros sobre a transição de cuidados na mudança de turno no serviço de emergência e perceber os seus conhecimentos acerca da temática da segurança do paciente.	Questionário com escala de Likert de 4 pontos	50 enfermeiros	Os enfermeiros do estudo consideram que a informação transmitida nos momentos de transição de cuidados no serviço de urgência é explícita, atualizada, com duração adequada e estruturada. Salientam como aspetos negativos: ruído, existência de informação relevante que não é transmitida e a pressão para serem rápidos neste momento. Reconhecem que os momentos de transição junto ao doente são fundamentais, mas têm dificuldade na organização da informação. A maioria da amostra concorda com o uso de um documento padronizado fundamentado na metodologia ISBAR, permitindo a rápida tomada de decisão, o pensamento crítico e a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, sendo fundamental na segurança do paciente. As diretivas sobre a comunicação eficaz na transição de cuidados não são do conhecimento de todos os elementos, existindo necessidade de formação na área. Quanto maior o conhecimento dos profissionais sobre a temática, maior a sua aceitação à mudança.
<i>Teaching clinical handover with ISBAR</i>	Annette Burgess, Christie van Diggele, Chris Roberts, Craig Mellis 2020 Austrália	Revisão Integrativa da literatura Destacar os principais elementos da transição de cuidados com a técnica ISBAR e explorar técnicas de ensino	Revisão Integrativa da literatura	Não aplicável	Verificaram a eficácia do ISBAR na transferência de informações relevantes, claras e sucintas, aumentando a transparência e a precisão das informações partilhadas, adequado para uma ampla gama de contextos clínicos com comunicação verbal e escrita. Deve ser usado por toda a equipa multidisciplinar através de ensino e treino com vídeos didáticos, aulas presenciais e aplicação nos serviços de saúde com avaliação informal. Recomendam a transição de cuidado

		eficazes para a incorporação desta técnica na prática			presencial permitindo interação e esclarecimento de informações para superar os desafios ao uso do ISBAR.
<i>Factors associated with nurses' perceptions, their communication skills and the quality of clinical handover in the Hong Kong context</i>	Jack Pun 2021 Hong Kong	Estudo exploratório quantitativo. Identificar os fatores que interferem na qualidade da comunicação dos enfermeiros na passagem de turno.	Aplicação do Nurses Handover Perceptions Questionnaire antes e após 6 semanas de um treino de 3 horas com o uso do ISBAR.	206 enfermeiros de um hospital de Hong Kong	O ISBAR foi considerado uma ferramenta útil na orientação dos enfermeiros para estruturarem uma comunicação mais clara e de maior qualidade na passagem de turno. Os achados do estudo sugerem que a percepção dos enfermeiros sobre o ISBAR não foi um fator preditivo essencial para a qualidade da comunicação sendo mais influenciada pela compreensão dos enfermeiros sobre o plano de cuidado do doente e pela oportunidade de partilha ativa de informação com a equipa.

A nossa pesquisa obteve resultados em todas as bases de dados acedidas destacando-se a MEDLINE pelo maior número de estudos selecionados, onze. Os estudos encontrados centram-se no espaço temporal entre 2017 e 2021. Surpreendentemente a maioria dos estudos encontrados nas bases de dados tinham como participantes enfermeiros dos serviços de internamento e cuidados intensivos. Um grande número usava a metodologia de revisão sistemática da literatura. Encontrou-se poucos estudos europeus sobre esta temática e em Portugal a maioria dos estudos encontrados são revisões sistemáticas da literatura. Entendemos que os estudos incluídos tinham amostras pequenas para a extrapolação dos resultados, visto tratar-se de um tema com abrangência e preocupação mundial.

Dos sete estudos analisados apenas um dos estudos é redigido em português e os restantes em inglês. A nossa seleção inclui estudos de vários continentes: dois estudos europeus (Portugal e Suíça), um na América do Sul (Brasil), um na Oceânia (Austrália) e três na Ásia (Hong Kong e Taiwan).

Todos os estudos analisados focam a temática da segurança do doente como preocupação mundial com destaque nas organizações científicas internacionais. Apontam que um dos focos primordiais para a segurança do doente é a qualidade da comunicação entre os profissionais e que más práticas de partilha de informação resultaram em transições incompletas que obrigaram à repetição da avaliação dos doentes, atrasos no tratamento, maior probabilidade de erros e aumento da morbilidade e mortalidade.

Em todos os estudos os enfermeiros relatam que o serviço de urgência é favorecedor da ocorrência de eventos adversos e desafiador para a manutenção da segurança do doente crítico em momentos de transição de cuidados. Em dois dos estudos (Alves, M. & Melo, C. 2017; Castro, C., Marques, M., & Vaz, C, 2019) os enfermeiros enumeram como obstáculos à qualidade da comunicação na transição de cuidados: baixo rácio de enfermeiros, sobrecarga laboral, predominância de registo orais, informações ocultadas sobre o doente, conversas paralelas, interrupções e pressão para despenderem o mínimo de tempo nestes momentos.

Em todos os estudos o ISBAR é escolhido e reconhecido mundialmente como uma ferramenta para uma comunicação padronizada e salientam como vantagens: permitir a troca de informações mais precisas e uniformes em tempo real, diminuir os erros, a influência individual e as distrações, garantir a continuidade dos cuidados de enfermagem,

permitir aos enfermeiros sentirem-se mais confiantes e seguros, aumentar a capacidade da prestação clínica da equipa, proporcionar rápida tomada de decisões, promover o pensamento crítico, diminuir o tempo na transferência de informação, ajudar à integração de novos profissionais e, conseqüentemente, promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados. Dois dos estudos questionaram os enfermeiros sobre a facilidade do uso e compreensão do ISBAR e concluíram que é admitido como de fácil uso o que aumenta a adesão e a confiança dos enfermeiros (Ying Hui et al., 2018; Pun, J., 2018).

Os estudos que colheram dados junto dos enfermeiros do serviço de urgência verificaram que a transição de cuidados nos momentos de passagem de turno com o uso do ISBAR era executada junto do doente, com informação oral e sem integração da equipa multidisciplinar (Alves, M., & Lima, C., 2017; Hui, Y et al., 2018; Pun, J. et al., 2018; Castro, C., Marques, M., & Vaz, C., 2019; Pun, J., 2021). Os estudos que executaram revisões da literatura não encontraram dados sobre a melhor evidência para este facto, o que nos permite assumir que a passagem de turno junto do doente é a modalidade mais executada, mas não é uma prática baseada em evidência científica (Muller, M. et al., 2017; Burgess, A. et al., 2020).

Um dos estudos que analisou a visão dos enfermeiros sobre os momentos de transição de cuidados apurou que o enfermeiro é o profissional de referência na transição de cuidados ao doente crítico tendo um papel articulador com a equipa multidisciplinar (Alves, M., & Lima, C., 2017). Um dos estudos que comparou a eficácia da comunicação entre serviços de urgência verificou que no serviço que não usava o ISBAR a eficácia da comunicação praticada pelos enfermeiros dependia unicamente da capacidade cognitiva e expressiva individual, provocando um maior sentimento de insegurança na prestação de cuidados (Hui, Y. et al., 2018).

Vários estudos destacam a importância da formação e do treino sobre o ISBAR aos enfermeiros do serviço de urgência. Averiguaram que os enfermeiros com mais experiência na área de urgência, nível de formação superior e mais treinados com metodologias padronizadas são mais conscientes da ligação entre a eficácia da comunicação, a segurança do doente e o aumento da qualidade dos cuidados. Perceberam ainda que o treino sobre o ISBAR tem de ser periódico pois há diminuição da eficácia da comunicação ao longo do tempo (Alves, M., & Lima, C., 2017; Pun, J. et al., 2018; Castro, C., Marques, M., & Vaz, C., 2019; Burgess, A. et al., 2020). Dois destes estudos avaliaram antes e após da

implementação do ISBAR e concluíram que deve ser executado treino inicialmente com visualização de vídeos didáticos, aulas presenciais e gravação de passagens de turno para análise e, posteriormente, treino prática nos serviços com avaliação informal no final das passagens de turno (Pun, J. et al., 2018; Burgess, A. et al., 2020). O estudo português destaca que a DGS também defende a formação dos profissionais em comunicação na transição de cuidados com o uso do ISBAR inserida no plano anual de formação das instituições de saúde (Castro, C., Marques, M., & Vaz, C., 2019).

Um dos estudos defende a integração dos familiares/cuidadores nos momentos de transição de cuidados ao doente no serviço de urgência por possibilitar a obtenção de informação mais precisa e completa sobre o doente, evitando o afastamento entre profissionais e o binómio doente-família (Alves, M., & Lima, C., 2017).

As evidências adquiridas nesta *Rapid Review* destacaram a importância de sistematizar a informação sobre o doente crítico no serviço de urgência e treinar a comunicação com métodos estruturados, uniformizados e padronizados como o ISBAR. Estes achados ofereceram-nos um alicerce teórico para o todo o desenvolvimento de outra estratégia deste projeto, a ação de formação. Seria importante mais estudos nos serviços de urgência por serem ambientes menos controlados e dos mais propícios a eventos adversos, bem como realizar mais investigações na Europa pois a maioria dos estudos concentra-se na Ásia.

Ação de formação: “A técnica ISBAR na transição de cuidados”

Tal como descrito por Ruivo et al. (2010) “após recolhidos, os dados são tratados e prepara-se a ação a desenvolver, tendo como finalidade a resolução do problema levantado” (p. 23). A escolha pela realização de uma ação de formação surge como estratégia eleita para alcançar o objetivo específico: “Sensibilizar os enfermeiros do serviço de urgência para a importância do uso da técnica ISBAR na transição de cuidados ao doente crítico”. De entre várias opções estratégicas esta foi selecionada porque reconhecemos a formação como um dos pilares do exercício profissional dos enfermeiros, da garantia da qualidade e da segurança dos cuidados de saúde e da promoção de sistemas de saúde mais eficientes com profissionais mais capacitados. As instituições de saúde, como entidades empresariais, têm a obrigatoriedade de assegurar formação aos seus funcionários e os enfermeiros têm tal definido no seio da sua carreira:

As estruturas de formação dos estabelecimentos ou serviços prestadores de cuidados de saúde devem assegurar a formação contínua dos enfermeiros (...) A formação em serviço deve visar a satisfação das necessidades de formação do pessoal de enfermagem da unidade, considerado como um grupo profissional com objectivo comum, e das necessidades individuais de cada membro do grupo. (Artigo 64º do Decreto-lei nº 437/91, 1991, p. 5738).

Atendemos ainda na nossa escolha à competência que o enfermeiro especialista detém como facilitador e formador oportuno de novas aprendizagens em contexto de trabalho e nos resultados da *Rapid Review* que salientam a necessidade de formação dos enfermeiros sobre a temática da comunicação na transição de cuidados.

Em abril de 2022 criamos o plano da ação de formação “A técnica ISBAR na transição de cuidados” onde descrevemos: o enquadramento, objetivos, número de ações, destinatários, número de participantes, metodologia, programa, datas e horários, local, formadores, avaliação e custos. A sua elaboração foi acompanhada pela enfermeira tutora e apresentada e discutida com o enfermeiro gestor, o responsável pelo Gabinete de Gestão da Qualidade e do Risco e o responsável pelo Gabinete de Formação e Ensino Pré e Pós Graduado do Centro Hospitalar em reunião informal no serviço. A temática e a organização da ação de formação receberam os melhores elogios por todos que a consideraram muito pertinente, atual e urgentemente necessária à instituição, pois, legitimaram apreensivamente a falha de investimento na formação sobre o procedimento interno já anteriormente citado “Comunicação Efetiva na Prestação de Cuidados” desde a sua homologação em novembro de 2021. Por todos estes argumentos aprovaram e propuseram a integração da nossa ação de formação no plano anual corrente de formação da instituição e nos planos anuais seguintes. O enfermeiro gestor propôs ainda que o nosso projeto fosse continuado no serviço, posteriormente ao nosso espaço temporal de estágio, pela enfermeira tutora que ficaria como responsável pela continuidade da formação, implementação e avaliação do mesmo, pelo que, teve um papel ativo na ação de formação e estratégias seguintes deste projeto em parceria colaborativa. Tais pedidos foram comunicados à orientadora científica Professora Doutora Paula Encarnação que os validou. O departamento de formação da

instituição cedeu-nos os documentos institucionais associados à ação de formação os quais serviram de guia na elaboração e registo da mesma: “Plano de ação de formação”, “Boletim de inscrição em ação de formação”, “Registo de presenças e sumário” e “Relatório de curso/ação de formação” que expomos nos Anexos 8, 9, 10 e 11 deste relatório.

No dia 18 de maio de 2022 em reunião informal com o enfermeiro gestor e o departamento de formação da instituição ficou agendada para 3 de junho de 2022 a ação de formação de carácter presencial quanto à modalidade de intervenção formativa. Visto que o SUMC comporta um elevado número enfermeiros e que a estrutura física da sala de formação não os suportava conjuntamente decidiu-se criar três momentos horários para essa data: 8h30, 15h e 16h, cada uma com uma duração aproximada de 30 minutos. A ação de formação foi divulgada para todos os enfermeiros do SUMC via email com uma breve descrição da mesma, solicitação de inscrição através de impresso institucional próprio e o seu plano em anexo. Obtivemos 51 inscrições na ação de formação onde cada enfermeiro apontou o horário escolhido para a mesma.

A sessão inaugural das 8h30 contou com a presença de 16 enfermeiros (12 do sexo feminino e 4 do masculino) e do coordenador do Gabinete da Qualidade e do Risco que se apresentou como referência superior de toda a informação apresentada. A sessão das 15 horas deteve a maior afluência com 20 enfermeiros (16 do sexo feminino e 4 do masculino), entre eles o enfermeiro gestor, e marcou presença a orientadora científica. Pelas 16 horas compareceram 14 enfermeiros (10 do sexo feminino e 4 do masculino). Obtivemos a presença da maioria dos enfermeiros do SUMC, apurando-se uma adesão de 64% da equipa. Verificou-se apenas uma ausência de entre os enfermeiros inscritos, perfazendo um total de 50 formandos.

A ação de formação foi ministrada através da metodologia pedagógica expositiva e demonstrativa, em sala fechada habitualmente já destinada a formação, com recurso a apresentação PowerPoint®. Iniciamos com a apresentação dos formadores e dos conteúdos programáticos, seguindo-se a explanação dos objetivos para a ação de formação:

Objetivo geral: uniformizar a comunicação na transição de cuidados;

Objetivos específicos: sensibilizar para a importância de uma comunicação eficaz para a segurança e qualidade dos cuidados; apresentar a técnica de ISBAR.

Para dar cumprimento aos objetivos formulados abordamos a evidência científica mais recente sobre eventos adversos e falhas na segurança do doente decorrentes da comunicação dos profissionais de saúde, apresentamos e analisamos o pilar da comunicação do PNSD 2021-2026, bem como, a norma da DGS que apresenta o ISBAR e o procedimento da instituição que defende o uso do mesmo. Exibimos a mnemónica do ISBAR, procedendo ao esclarecimento de cada sigla e do seu conteúdo, e mostramos os aspetos positivos desta técnica. Na fase demonstrativa da ação de formação expusemos a criação do “Registo de passagem de turno – Enfermagem (ISBAR)” e demonstramos a sua aplicabilidade através de um caso clínico. Finalizamos a ação com uma breve conclusão e exibição das referências bibliográficas. A fase expositiva decorreu dentro do tempo estipulado sendo que a ação se prolongou para cerca de 45 minutos totais devido à fase demonstrativa que teve enorme participação interativa dos formandos que apresentaram sugestões de melhoria, apreciações e exemplificação de casos práticos do contexto dos cuidados de enfermagem. A partilha no final da ação de formação foi enriquecedora e demonstrou que os enfermeiros ficaram despertos para a importância da comunicação na transição de cuidados, reconheceram, na sua maioria, a necessidade de uniformização e padronização da linguagem usada na passagem de turno e mostraram vontade em integrar o ISBAR na sua prática diária, adiantando alguns receios e dificuldades que a técnica pode acarretar. No Anexo 12 deste relatório é apresentado todo o conteúdo original exposto na ação de formação.

Ilustração da técnica ISBAR

Decorrente da nossa análise da técnica ISBAR consideramos que a mnemónica da mesma não se futurava de fácil memorização, o que veio a ser apontado pelos formandos na ação de formação como uma das principais inquietudes para o processo de implementação no SUMC. Estudamos que face ao analisado e exposto seria fundamental os enfermeiros do SUMC terem acesso à mnemónica de forma ilustrativa, descomplicada e de rápido acesso para proporcionar a memorização ao longo do tempo. Assim, criamos um poster ilustrativo da técnica ISBAR (Anexo 13) que continha informação já visualizada pelos enfermeiros na ação de formação com o intuito de ser exposto em áreas estratégicas do SUMC. O mesmo foi apresentado, tal como anteriormente, ao enfermeiro gestor, enfermeira tutora e

coordenador do Gabinete da Qualidade e do Risco, sendo aprovado para implementação e tendo seguido para processo de homologação institucional que ainda ficou em curso aquando do término do nosso estágio.

Proposta de implementação do “Registo de passagem de turno – Enfermagem (ISBAR)”

Ao traçarmos os objetivos para este projeto consideramos que somente sensibilizar os enfermeiros para a importância do uso da técnica ISBAR na transição de cuidados ao doente crítico poderia ser redutor e pouco eficaz. Com a realização da *Rapid Review* a evidência científica mostrou que o treino da técnica de ISBAR é imprescindível para a sua aceitação, integração, consolidação e aperfeiçoamento pelos enfermeiros e que a metodologia pedagógica mais eficaz comportava explanação, demonstração e treino em contexto clínico. Seguindo estas evidências traçamos como estratégia criar, conjuntamente com a enfermeira tutora, um registo de suporte baseado na mnemónica do ISBAR, intitulado “Registo de passagem de turno – Enfermagem (ISBAR)” (Anexo 14) para os momentos que nomeamos para principiar a nossa intervenção, a passagem de turno. Após aprovação pelo enfermeiro gestor foi apresentado durante a ação de formação e no momento demonstrativo da mesma foi exemplificado com recurso a um caso clínico autêntico, protegendo a identidade do doente. Verificamos que o documento estimulou a participação ativa e o interesse dos enfermeiros presentes na ação de formação embora informalmente relatassem apreensão pela aparente complexidade e previsão de dificuldade na sua implementação no SUMC, principalmente, pela elevada informação necessária ao seu preenchimento face ao curto espaço de tempo que consideravam gozar para a passagem de turno.

Por indicação do enfermeiro gestor o registo foi implementado, em suporte de papel e de forma experimental por um mês, na área funcional de cuidados do ICD a 7 de junho de 2022, com a nossa presença para apoio informal. Nos restantes cinco turnos até ao término do nosso estágio marcamos presença nessa área onde fizemos *debriefing* após cada passagem de turno com o uso deste registo, com os enfermeiros presentes de forma a recolher as apreciações. Face aos dados encontrados na literatura consultada e nos achados dos estudos analisados na *Rapid Review* também encorajamos a que os momentos de passagem de turno fossem efetuados com recurso a uma fala em tom baixo, identificação do doente pela sua

alocação ao invés da identidade e, quando possível, a execução deste ato em local mais distanciado, mas igualmente próximos aos doentes. Apesar dos dados analisados da investigação mais recente não defenderem perentoriamente as passagens de turno junto dos doentes não foi encontrada estratégia alternativa cientificamente comprovada pelo seu benefício.

1.5. AVALIAÇÃO

Na metodologia de projeto a avaliação é um processo dinâmico e contínuo que permite avaliar a coerência, a eficiência e a eficácia de todo o trabalho executado com recurso a diversos tipos e momentos avaliativos (Ruivo et al., 2010). Nesta metodologia de trabalho de projeto a avaliação foi permanente ao longo de todas as suas fases permitindo-nos questionar o trabalho delineado e tomar continuamente decisões que desaguaram no aumento da abrangência teórica do diagnóstico de situação, readaptação dos objetivos, ajuste dos meios a serem utilizados e reajustamento incessante de todo o planeamento.

A avaliação final da intervenção em serviço pressupõe a concretização dos objetivos delineados, através de instrumentos que permitam a sua monitorização, bem como a identificação de pontos positivos e negativos, reflexão sobre os ajustes necessários e identificação de temáticas a serem analisadas em projetos futuros (Ruivo et al., 2010).

Avaliação da ação de formação

De um modo geral a avaliação da formação permite recolher dados para averiguar a sua eficiência, relevância e resultados nas equipas e organizações. Assume uma posição de importância para a eficácia organizacional possibilitando diferentes níveis de compreensão sobre os parâmetros que são mensuráveis durante o processo avaliativo. (Velada, A., 2007).

Face ao contexto e ao tempo disponível para a presente metodologia de projeto analisamos que, de acordo com o modelo de avaliação de formação criado por D. Kirkpatrick e J. Kirkpatrick (2009), apenas aplicamos o nível 1 deste modelo, a *reação*, que permite medir a reação dos formandos à ação de formação no seu todo (ambiente formativo, estratégia pedagógica, etc.).

Recorremos à aplicação do “Questionário de avaliação da ação de formação” (Anexo 15), cedido pelo Gabinete de formação e Ensino Pré e Pós Graduado da instituição, no final de cada sessão formativa aos formandos presentes.

O questionário empregado é anónimo e contém 19 afirmações que os formandos classificaram de acordo com a sua opinião pessoal numa escala tipo *Likert* de cinco pontos em que 1 corresponde a “Discordo fortemente”, 2 “Discordo moderadamente”, 3 “Nem concordo nem discordo”, 4 “Concordo moderadamente” e 5 “Concordo fortemente”. As várias afirmações deste questionário permitem inferir o grau de apreciação dos formandos acerca de determinados aspetos da ação de formação: o conteúdo (três questões), a organização estrutural (seis questões), o formador (quatro questões) e a autoavaliação da participação, nível de conhecimentos e resposta às necessidades (seis questões). O final do questionário contém uma questão aberta para os formandos apresentarem sugestões e enumerarem os aspetos positivos e negativos da ação de formação para análise pelo Gabinete de Formação e Ensino Pré e Pós Graduado da instituição. Não tendo carácter de obrigatoriedade, obtivemos um total de 33 questionários preenchidos e entregues pelos formandos verificando-se uma adesão ao mesmo de 66%.

Do apuramento dos dados dos questionários verificamos que os formandos consideraram que os conteúdos da ação de formação foram apresentados de forma interessante (78,8% concordam fortemente e 21,2% concordam moderadamente) e são relevantes para as suas funções (60,6% concordam fortemente e 39,4% concordam moderadamente).

Avaliaram de forma muito positiva a globalidade da organização da ação de formação (87,9% concordam fortemente e 12,1% concordam moderadamente). Dos vários aspetos da estrutura da ação de formação salienta-se com maior percentagem de concordância a afirmação de que a ação proporcionou partilha de experiências entre os formandos (81,8% concordam fortemente e 18,2% concordam moderadamente). Com percentagens também muito positivas mas com respostas assinaladas no nível 3 (“Nem concordo nem discordo”) encontram-se as afirmações relativas ao horário da ação de formação (75,8% concordam fortemente, 12,1% concordam moderadamente e 12,1% nem concordam, nem discordam), duração da ação (63,6% concordam fortemente, 27,3% concordam moderadamente e 9,1% nem concordam, nem discordam) e adequação das instalações e equipamentos audiovisuais (60,6% concordam fortemente, 30,3% concordam moderadamente e 9,1% nem concordam,

nem discordam). A afirmação que não obteve maioria de concordância pelos formandos é referente à adequação da documentação distribuída durante a ação de formação (45,5% concordam fortemente, 36,3% concordam moderadamente e 18,2% nem concordam, nem discorda).

As afirmações sobre o desempenho do formador foram as que obtiveram percentagens de concordância mais elevadas. Os formandos consideraram que o formador expôs o conteúdo de forma clara (90,9% concordam fortemente e 9,1% concordam moderadamente), demonstrou domínio sobre os assuntos abordados (78,8% concordam fortemente, 21,2% concordam moderadamente), despertou o interesse dos formandos (75,8% concordam fortemente, 24,2% concordam moderadamente) e ainda proporcionou equilíbrio entre as dinâmicas da ação e o envolvimento do grupo (75,8% concordam fortemente, 21,2% concordam moderadamente e 3,0% nem concordam, nem discordam).

Nas afirmações que permitiam aos formandos fazerem a autoavaliação de acordo com o exposto na ação de formação verificamos que as percentagens foram as mais baixas e as únicas onde o nível 2 (discordo moderadamente) foi assinalado. Apenas 33,3% concordaram fortemente que participaram ativamente na ação de formação e 66,7% concordou moderadamente apesar de, na sua maioria, concordarem que lhes foi concedida oportunidade para a participação (60,6% concordam fortemente, 30,3% concordam moderadamente e 9,1% nem concordam, nem discordam). Verificou-se uma elevada distribuição de apreciações quanto ao nível de conhecimentos anteriores sobre a temática abordada onde 33,3% concordam fortemente, 39,4% concordam moderadamente, 21,2% nem concordam, nem discordam e 9,1 discordaram moderadamente. A maioria dos formandos concorda que os conteúdos abordados responderam às suas necessidades na área temática (63,6% concordam fortemente, 30,3% concordam moderadamente e 6,1% nem concordam, nem discordam) e assumem a aplicação dos mesmos no exercício das suas funções (60,6% concordam fortemente, 30,3% concordam moderadamente e 9,1% nem concordam, nem discordam).

Destacamos uma notória satisfação dos formandos pela ação de formação (87,9% concordam fortemente e 12,1% concordam moderadamente) e concluímos que os objetivos da mesma foram alcançados face à colossal concordância dos formandos (87,9% concordam fortemente e 12,1% concordam moderadamente).

Globalmente, em 33 questionários recolhidos apenas 3 assinalaram o nível 2. Todas as restantes respostas centraram-se nos níveis 3, 4 e 5, sendo este último o que obteve as percentagens mais elevadas. O conteúdo das afirmações assinaladas com o nível 3 remetem para a autoavaliação do formando quanto à temática abordada o que nos permite reconhecer a importância da aprendizagem que a ação de formação proporcionou.

No que se refere a sugestões não foram redigidas quaisquer respostas.

Todos estes dados permitem-nos afirmar que, face aos conhecimentos adquiridos durante a ação de formação, os formandos reconheceram a importância de uma comunicação eficaz para a segurança do doente e qualidade dos cuidados de enfermagem e encontram-se motivados para a aplicação da técnica ISBAR, assim, os objetivos que delineamos alcançar com esta estratégia foram concretizados com sucesso.

A análise dos dados colhidos é explanada no Quadro 3.

Quadro 3 - Tratamento dos dados do “Questionário de avaliação da ação de formação”

Indicadores/Questões		Grau de apreciação				
		1 Discordo Fortemente n (%)	2 Discordo Moderadamente n (%)	3 Nem concordo nem discordo n (%)	4 Concordo moderadamente n (%)	5 Concordo Fortemente n (%)
1	Os conteúdos abordados na ação foram relevantes para as minhas funções;	0	0	0	13 (39,4)	20 (60,6)
2	Os conteúdos foram apresentados de forma interessante;	0	0	0	7 (21,2)	26 (78,8)
3	O formador expôs os assuntos de forma clara;	0	0	0	3 (9,1%)	30 (90,9)
4	O formador demonstrou domínio dos conteúdos;	0	0	0	7 (21,2)	26 (78,8)
5	O formador despertou o interesse para a ação, mantendo a ação ativa;	0	0	0	8 (24,2)	25 (75,8)
6	Foi-me dada a oportunidade de participar nas diferentes atividades;	0	0	3 (9,1)	10 (30,3)	20 (60,6)
7	A ação respondeu às minhas necessidades nesta área;	0	0	2 (6,1)	10 (30,3)	21 (63,6)
8	O nível anterior dos meus conhecimentos já era adequado aos conteúdos abordados;	0	3 (9,1)	7 (21,2)	13 (39,4)	11 (33,3)
9	As instalações onde decorreu a ação e os equipamentos audiovisuais utilizados foram apropriados;	0	0	5 (15,2)	8 (24,2)	20 (60,6)
10	A documentação distribuída foi adequada;	0	0	6 (18,2)	12 (36,3)	15 (45,5)
11	No exercício das minhas funções aplicarei muito do que aprendi;	0	0	3 (9,1)	10 (30,3)	20 (60,6)
12	Existiu equilíbrio entre as dinâmicas do formador e o envolvimento do grupo;	0	0	1 (3,0)	7 (21,2)	25 (75,8)
13	Considero a duração da ação adequada;	0	0	3 (9,1)	9 (27,3)	21 (63,6)
14	Considero o horário da ação ajustado;	0	0	4 (12,1)	4 (12,1)	25 (75,8)
15	Participei ativamente na ação;	0	0	0	22 (66,7)	11 (33,3)
16	Os objetivos da ação foram atingidos;	0	0	0	4 (12,1)	29 (87,9)
17	Esta ação proporcionou a partilha de experiências entre os formandos;	0	0	0	6 (18,2)	27 (81,8)
18	Considero adequada a organização desta ação;	0	0	0	4 (12,1)	29 (87,9)
19	De um modo geral, fiquei satisfeito(a) com esta ação;	0	0	0	4 (12,1)	29 (87,9)

Para além da avaliação da ação de formação pelos formandos foi, igualmente, efetuada a avaliação pelo formador com o preenchimento de um questionário (Anexo 16) também composto por afirmações sobre as quais assinalamos, na mesma escala *likert*, o grau da nossa apreciação. Todas as afirmações foram assinaladas nos níveis 4 e 5. Globalmente consideramos ter atingido os objetivos propostos para a ação tendo a mesma possuído um horário, duração, programa, conteúdos, instalações e equipamentos adequados. Em nossa apreciação a seleção dos formandos foi ajustada observando-se a participação ativa, o interesse e a motivação para a aprendizagem.

Avaliação da implementação do “Registo de passagem de turno – Enfermagem (ISBAR)”

Antes de ser implementado no serviço o “Registo de passagem de turno – Enfermagem (ISBAR)” tivemos a oportunidade, na área do ICD a 7 de junho de 2022, a convite do enfermeiro gestor do serviço, de realizar um pré-teste na aplicação do documento e avaliar superficialmente a transferência dos conhecimentos adquiridos na ação de formação para a prática dos cuidados de enfermagem do SUMC. Visto que a pedagogia de um trabalho de projeto é interativa e perspetiva a participação proativa dos participantes com incitação de confronto de ideias (Ruivo et al., 2010) executamos um total de 10 *dibriefings* com os enfermeiros no final dos momentos de passagem de turno com o objetivo de colher, de forma informal e espontânea, apreciações e sugestões da equipa perante a nova metodologia de comunicação experimentada.

Observamos um grande entusiasmo misturado com enorme apreensão na integração deste registo por toda a equipa. Identificamos que os enfermeiros que não estiveram presentes na ação de formação necessitaram de maior auxílio e breve explicação da importância deste registo e da sua essência. Durante todos estes momentos foram diversos os aspetos positivos e negativos reportados pela equipa relativamente ao novo registo. Todos os enfermeiros foram unânimes que a quantidade de informação necessária ao correto preenchimento do registo era elevada resultando num maior tempo despendido para a preparação da passagem de turno e em algum possível desânimo e abandono desta metodologia a médio prazo. Descreveram impossibilidade de recolha de alguma informação do registo face à curta permanência de alguns doentes naquela área de cuidados. Ainda referiram que o registo em suporte papel formava possíveis erros e complicações pela

dificuldade na leitura e extravio do registo e pela inadequação higiénica do método que ficava sujeito a conspurações no meio envolvente. Como aspetos positivos os enfermeiros assinalaram a simplicidade do registo, a pertinência da informação contida, a diminuição da omissão de informações sobre o doente, a fácil consulta da informação durante todo o turno, o incentivo à reflexão crítica sobre o estado clínico do doente e as necessidades em cuidados de enfermagem e a excelência no auxílio aos enfermeiros menos experientes e com maior dificuldade de comunicação e compilação dos dados. Após o uso deste registo todos apreciaram que o mesmo permite uma maior segurança da comunicação e consequentemente a prestação de cuidados de enfermagem de superior qualidade.

Estes momentos de reflexão conjunta, ricos em partilha e cooperação, permitiram-nos obter pequenos (re)ajustes a serem executados futuramente a este registo e à sua necessária expansão para as outras áreas de cuidados do SUMC.

A duração do estágio não nos permitiu testar da técnica ISBAR na totalidade das áreas do SUMC e a sua posterior avaliação final de carácter formal. Face à continuidade da aplicação deste projeto no SUMC pela enfermeira tutora consideramos necessário estimular ao cumprimento das normativas da DGS e fomentar a monitorização do uso da técnica ISBAR através de auditorias internas formais aos momentos de passagem de turno. Para tal, criamos um documento intitulado “Grelha de observação da técnica ISBAR” (Anexo 17) inspirado no modelo proposto na Norma 001/2017 da DGS que recomendamos para instrumento de avaliação, de entre os expostos por Ruivo et al. (2010), e que apresentamos ao coordenador do Gabinete de Qualidade e do Risco da instituição.

Em síntese, avaliamos que a nossa intervenção em serviço através da metodologia de trabalho de projeto foi notoriamente marcante para a equipa de enfermagem do SUMC e na segurança e qualidade dos cuidados à PSC. Legitimámos que iniciamos com sucesso o processo de resolução da necessidade identificada – a necessidade de uniformização e padronização da comunicação dos enfermeiros na transição dos cuidados de enfermagem, e conseguimos introduzir na equipa de enfermagem uma nova visão da importância da qualidade da comunicação para a segurança dos doentes, da equipa e dos cuidados de enfermagem. Ao mesmo tempo que demos ênfase ao papel do enfermeiro especialista.

1.6. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Ao longo deste relatório focamos a importância da divulgação do que é praticado, aprendido, testado e investigado na enfermagem. Proporcionar uma prática baseada em evidência e mostrar à comunidade científica, profissional e população em geral o resultado das nossas intervenções permite a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, aumenta a literacia em saúde e otimiza os resultados em saúde. Com a metodologia de trabalho de projeto desenvolvida procuramos solucionar uma problemática identificada num serviço de saúde promovendo a aprendizagem no seio da equipa de enfermagem empregando as mais específicas competências do enfermeiro especialista. Reconhecemos que a divulgação dos resultados que obtivemos é um dever ético e deontológico explícito pela OE no seu Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019) onde é discriminado que cabe ao enfermeiro especialista divulgar resultados da evidência para aumentar o conhecimento e o desenvolvimento da enfermagem.

A divulgação dos resultados é descrita por Ruivo et al. (2010) como “uma fase importante... na medida em que dá a conhecer à população em geral e outras entidades a pertinência do projeto e o caminho percorrido na resolução de um determinado problema” (p. 31).

Estes autores apresentam diversos métodos para a divulgação dos resultados de um projeto dos quais escolhemos o relatório pois concentra de forma sistematizada toda a informação sobre o desenrolar do trabalho de projeto e permite sintetizar o conhecimento obtido.

Assim, o presente relatório expõe a nossa conceção pessoal, objetiva, clara e concisa da resolução de um problema identificado no serviço onde realizamos o estágio e ao qual dedicamos e aplicamos todo o investimento como estudantes no respeito e integração das competências do enfermeiro especialista. Sendo nossa pretensão final transmitir o conhecimento adquirido e proporcionar a sua replicação pelos demais na incessante procura pela melhoria e inovação dos cuidados de enfermagem, este documento será disponibilizado para consulta no Repositório da UM ficando disponível para toda a comunidade académica.

Salientamos ainda que durante a concretização do nosso estágio foi realizado o VI Congresso da OE na cidade de Braga (Portugal), de 5 a 7 de maio de 2022, onde participamos e

apresentamos um Poster (Anexos 18 e 19) com a divulgação de toda a *Rapid Review* executada sobre a temática tratada no trabalho de projeto por considerarmos importante enquanto estudantes e profissionais dar a conhecer o trabalho que estávamos a realizar.

Futuramente pretendemos construir um artigo científico com o conteúdo deste relatório para submissão a uma revista com um elevado fator de impacto no seio da comunidade científica de enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A conjectura mundial que atualmente nos envolve prima pela crescente exigência, atualização e informação onde se observa avassaladoramente uma mudança dos paradigmas sociais, éticos e educacionais. A constante inovação tecnológica e científica permite aos cidadãos uma comunicação global, o contacto com meios tecnicistas mais específicos e um nível superior de literacia que provoca nos sistemas globais pressão e elevação dos padrões de qualidade.

O acesso aos cuidados de saúde é hoje entendido como basilar para qualquer cidadão e conseqüentemente a expectativa depositada nos profissionais que integram o sistema de saúde é cada vez mais elevada. A Enfermagem foi ao longo dos anos incentivada a acompanhar esta evolução e os enfermeiros são, no presente, contemplados com um lugar de destaque no seio das organizações e instituições de saúde o que adita responsabilidade profissional e social.

O enfermeiro depara-se com novos desafios e com a inevitável necessidade de diferenciação das práticas, aquisição de conhecimento científico atualizado e formação profissional avançada. O percurso trilhado ao longo de todo o estágio de natureza profissional e a redação do presente relatório desenvolveu em nós um olhar transformador e arrojado sobre a profissão de Enfermagem. O contato com um SUMC mostrou-se revelador da importância do papel enriquecedor e distinto do enfermeiro especialista no seio da equipa de saúde. Cuidar da pessoa, família/cuidador que vivencia processos complexos de doença crítica, cujas funções vitais se encontram ameaçadas e em iminente falência, invoca cuidados de enfermagem de alta complexidade na resposta às necessidades básicas de vida. A realidade experimentada no SUMC cimentou a nossa previsão de carência em qualificação avançada para uma prestação de cuidados eximia à PSC.

O treino e desenvolvimento das competências profissionais inerentes ao enfermeiro EEMC na área de Enfermagem à PSC moldou-nos para uma prática especializada assente perentoriamente na responsabilidade profissional, ética e legal, na melhoria continua da

qualidade e segurança dos cuidados prestados, na gestão assistencial e dos recursos, na liderança em equipa e na organização eficaz do processo de enfermagem. A prática clínica desenvolvida possibilitou-nos o alcance de um nível de competência superior imperiosamente necessária para o papel eficiente do enfermeiro EEMC na área de Enfermagem à PSC perante a complexidade da natureza dos processos de doença a que tem de responder em situações emergentes, de exceção e catástrofe em qualquer serviço de urgência.

Ao longo deste relatório foi explanada a evolução sentida no entendimento da missão do enfermeiro especialista no SUMC, o trabalho árduo de aquisição de capacidades avançadas, tais como, identificação de prioridades e focos de instabilidade na PSC, execução de cuidados técnicos de alta complexidade, gestão eficiente de protocolos terapêuticos de suporte vital, conceção de relação terapêutica eficaz perante um estado adverso, identificação precoce do risco e prevenção de complicações e eventos adversos associados aos cuidados de enfermagem e, ainda, o aprofundamento do nosso autoconhecimento.

Reconhecemos que todo o conhecimento clínico adquirido unido harmoniosamente ao conhecimento conceptual e empírico que já possuíamos empoderou-nos de uma identidade profissional concordante com a exigência ético-deontológica da profissão, com o perfil de competências do enfermeiro EEMC na área de Enfermagem à PSC e com as inovadoras políticas de saúde e padrões de qualidade dos cuidados.

O trabalho de projeto elaborado e aplicado no contexto da prática dos cuidados permitiu-nos dinamizar a competência de facilitadores de aprendizagem em contexto clínico e valorizar a formação contínua. Sentimos que ao incorporarmos um processo de mudança fomentamos a prática baseada na evidência científica para a promoção de um ambiente de cuidados seguro e favorável.

Ao longo do estágio a componente emocional foi a de mais difícil controlo o que obrigou à reflexão e introspeção. A pandemia por Covid-19 trouxe grande instabilidade à equipa e nós não fomos exceção. Perante os diversos processos de doença interagimos com a dor do outro, o medo, a pressão, a incerteza, a perda e a desilusão e, mais do que nunca, compreendemos a relevância do investimento no autoconhecimento e no autocuidado.

O percurso científico realizado exigiu a transposição dos limites do nosso conhecimento sobre o processo de investigação pelo que se tornou exigente e desgastante. O trabalho em equipa, a ancoragem da enfermeira tutora e a presença e estímulo incansável da orientadora científica permitiram ultrapassar estas barreiras.

Perante todo este trajeto e chegados a este relatório certificamos que o objetivo capital foi concretizado: adquirir o perfil de competências do enfermeiro EEMC na área de Enfermagem à PSC com ênfase para o contexto clínico do SUMC e integrar a investigação e a divulgação de resultados no desempenho especializado. Concisamente a frequência do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica marca uma transformação interior e profissional que abriu lugar a uma nova visão da Enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2015). *Recomendações Técnicas para Serviços de Urgência RT 11/2015*. [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes Tecnicas Urgencias 11 2015.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes_Tecnicas_Urgencias_11_2015.pdf)
- Administração Central do Sistema de Saúde (2019). *Especificação de Indicadores HH e CSP APR31/ ICD-10-CM/PCS*. Departamento de Gestão e Financiamento de Prestações de Saúde. Lisboa. [https://benchmarking-acss.min-saude.pt/DownloadableContent/201910 Especifica%C3%A7%C3%A3oIndicadores ICD-10-CMPCS HH CSP.pdf](https://benchmarking-acss.min-saude.pt/DownloadableContent/201910_Especificacao%20de%20Indicadores%20ICD-10-CMPCS_HH_CSP.pdf)
- Alves, M. & Melo, C. (2019). Handoff of care in the perspective of the nursing professionals of an emergency unit. *Revista Mineira de Enfermagem*, 23, 1-9. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190042>
- American Psychological Association. (2020). *Publication Manual of the American psychological Association: The official guide to APA Style* (7ª ed). <https://www.apa.org/pubs/books/publication-manual-7th-edition-spiral>
- Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde. (2018). *Recomendações sobre Antibioterapia*. Lisboa: Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica. [https://www.infarmed.pt/documents/15786/1816213/Recomendações+CNFT+sobre+antibioterapia/ed0f1313](https://www.infarmed.pt/documents/15786/1816213/Recomendacoes+CNFT+sobre+antibioterapia/ed0f1313)
- Aviso n.º 13571/2014 da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho. (2014). Diário da República, II Série, n.º 235. <https://www.es.e.uminho.pt/pt/estudar/Documents/Aviso-DR-OEnfTitEspe%20a%20Mestr.pdf>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto. ISBN: 972-8535-97-X.
- Bibliotecas do Politécnico de Leiria. (2021). *Guia para elaboração de citações e referências bibliográficas* (7ª ed). [https://www.ipleiria.pt/sdoc/wp-content/uploads/sites/10/2021/05/Guia APA 7%C2%AAEd. v1.pdf](https://www.ipleiria.pt/sdoc/wp-content/uploads/sites/10/2021/05/Guia_APA_7%C2%AAEd_v1.pdf)
- Burgess, A., Diggele, C., Roberts, C., & Mellis, C. (2020). Teaching clinical handover with ISBAR. *BMC Medical Education*, 20 (2), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02285-0>
- Castro, C., Marques M., & Vaz, C. (2022). Comunicação na transição de cuidados de enfermagem em um serviço de emergência de Portugal. *Cogitare Enfermagem*, 27, 1-12. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.81767>
- Código Europeu de Conduta para a Integridade da Investigação. (2018). ALLEA – All European Academics. https://www.allea.org/wp-content/uploads/2018/11/ALLEA-European-Code-of-Conduct-for-Research-Integrity-2017-Digital_PT.pdf
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2022). *Enfermeiros: Uma voz para liderar Investir em Enfermagem e respeitar os seus direitos para garantir a saúde global*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 978-989-8444-59-2
- Concelho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (2018). *Integridade na Investigação Científica – Recomendação*. Lisboa.
- Comissão Nacional da Unesco – Portugal (2006). *Declaração universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Lisboa.

- Costa, A., & Gaspar, P. (2016). *Perfil de competências do enfermeiro no serviço de urgência*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria]. Politécnico de Leiria. <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/2880>
- Craig, J., & Rosalinda, L. (2004). *Prática baseada na evidência. Manual para enfermeiros*. Lusociência. ISBN: 9789728383619
- Decreto-Lei n.º 437/91 do Ministério da Saúde. (1991). *Regime legal da carreira de enfermagem*. Diário da República: II Série, n.º 257. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/437/1991/11/08/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei n.º 161/96 do Ministério da Saúde. (1996). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Diário da República: I Série-A, n.º 205. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/161/1996/09/04/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei n.º 558/99 do Ministério das Finanças. (1999). Diário da República: I Série, n.º 292. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/558/1999/12/17/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei n.º 74/2006 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2006). Diário da República: I Série-A, n.º 60. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/74/2006/03/24/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei n.º 50-A/2017 da Presidência do Conselho de Ministros. (2017). Diário da República: I Série, n.º 42. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/50-a/2022/07/25/p/dre/pt/html>
- Despacho n.º 14799/2012 da Universidade do Minho-Reitoria. (2012). Diário da República: II Série, n.º 223. <https://legislacao.amarovargas.com/despacho-n-o-147992012-d-r-n-o-223-parte-e-serie-ii-de-2012-11-19/>
- Despacho n.º 14799/2012 da Universidade do Minho-Reitoria. (2012). Diário da República, II série, n.º 223. <https://legislacao.amarovargas.com/aviso-n-o-147992012-d-r-n-o-213-parte-c-serie-ii-de-2012-11-05/>
- Despacho n.º 2902/2013 do Ministério da Saúde. (2013). Diário da República: II Série, n.º 38. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/2902-2013-1937340>
- Despacho n.º 15423/2013 do Ministério da Saúde. (2013). Diário da República: II Série, n.º 229. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/15423-2013-2965166?ts=1664496000034>
- Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República: II série, n.º 153. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
- Despacho n.º 5613/2015 do Ministério da Saúde. (2015). Diário da República: II Série, n.º 102. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>
- Despacho n.º 5739/2015 do Ministério da Saúde. (2015). Diário da República: II Série, n.º 104. <https://files.dre.pt/2s/2015/05/104000000/1387813879.pdf>
- Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde. (2021). Diário da República: II Série, n.º 187. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Direção-Geral da Saúde. (2001). *Rede de Referência Hospitalar de Urgência/ Emergência*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Urgencia_Emergencia_2001.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Relatório Técnico - Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoISegDoente_Final.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2014). *Programa nacional de acreditação em saúde*. <https://www.dgs.pt/ms/8/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/acreditacao--brochura--modelo-de-acreditacao-do-ministerio-da-saude-pdf.aspx>

- Direção-Geral da Saúde. (2014). *Programa nacional de acreditação em saúde*. <https://www.dgs.pt/ms/8/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/acreditacao--brochura--modelo-de-acreditacao-do-ministerio-da-saude-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2016). *Manual de Standards – Unidades de urgência e emergência*. https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/manual-de-standards-servicos-de-urgencia-e-emergencia-me-26-1_01_print.aspx
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto*. Norma nº 015/2017 de 13/07/2017. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/07/13/via-verde-do-acidente-vascular-cerebral-no-adulto/>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Norma nº 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Plano nacional de combate à resistência aos antimicrobianos 2019-2023. Âmbito do conceito “uma só saúde”*. <https://www.sip-spp.pt/media/2lhh2pox/antimicrobianos-programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencias-2019-2023-dgs.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2021). *Infeções e resistências aos antimicrobianos. Relatório anual do programa prioritário PPCIRA*. <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/relatorios/infecoes-e-resistencias-aos-antimicrobianos-2021-relatorio-anual-do-programa-prioritario.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030 - Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*. https://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf
- Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. University Press. ISBN: 9780195158090.
- Entidade Reguladora da Saúde (2022). *Sistema Nacional de Avaliação em Saúde - SINAS@Hospitais*. <https://www.ers.pt/media/wy2d1twh/sintese-publicacao-2021-1-vf.pdf>
- Figueiredo, E., Potra, S., & Lucas, B. (2020). Transição de cuidados de enfermagem: ISBAR na promoção da segurança dos doentes – revisão scoping. *Revista Internacional de Comunicación*, 49, 32-48. <https://doi.org/10.12795/Ambitos.2020.i49.03>
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação. Da concepção à realização*. 3ª ed. Lusociência. ISBN: 972-8383-10-X.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta. ISBN 9789898075185
- Garritty, C., Gartlehner, G., Nussbaumer-streit, B., King, V., Hamel, C., Kamel, C., Affengruber, L., & Stevens, A. (2021). Cochrane Rapid Reviews Methods Group offers evidence-informed guidance to conduct rapid reviews. *Journal of clinical epidemiology*, 130, 13 – 22. <https://doi.org/10.1016/j.iclinepi.2020.10.007>
- Goleman, D. (2012). *Trabalhar com Inteligência Emocional*. Temas & Debates. ISBN 9789896440909.
- Guerra, I. (2006). *Fundamentos e Processos de Uma Sociologia de Acção: O planeamento em Ciências Sociais* (2nd ed.). Principia. ISBN: 9789728500856
- Henriques, H. (2011). *Formação, sociedade e identidade profissional dos enfermeiros: A Escola de Enfermagem de Castelo Branco/Dr. Lopes Dias (1948-1988)*. [Dissertação de

Doutoramento em Ciências da Educação, especialidade em História da Educação, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra]. <http://hdl.handle.net/10316/19075>

- Hou, Y., Lu, L., Lee, P., & Chang, I. (2019). Positive Impacts of Electronic hand-off systems designs on Nurses' communication effectiveness. *Journal Nursing Management*, 27, 1055 – 1061. <https://doi.org/10.1111/jonm.12774>.
- II Conferência Mundial sobre Integridade em Pesquisa. (2010). *Declaração de Singapura sobre Integridade em Pesquisa*. Singapura. <https://doi.org/10.1590/S0011-52582010000300008>
- INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica)/DFEM (Departamento de Formação em Emergência Médica) (2020). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. (1ª ed). Versão 2.0.
- International Organization for Standards (2015). *ISO 9001:2015*. <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:9001:ed-5:v1:en>
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (2005). *El pensamiento enfermero*. Elsevier Masson. ISBN13: 978844580365-3
- Kirkpatrick, D. & Kirkpatrick, J. (2009). *Transferring learning to behavior*. Using the four levels to improve performance. Berron-Koehler Publishers. [https://www.bkconnection.com/static/Transferring Learning to Behavior EXCERPT.pdf](https://www.bkconnection.com/static/Transferring_Learning_to_Behavior_EXCERPT.pdf)
- Joint Commission International Center for Patient Safety Communications. (2006). *Expert Panel*.
- Lei nº 27/2002 do Ministério da Saúde. (2002). Diário da República: I Série, n.º 258. https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1669&tabela=leis
- Lei n.º 15/2014 do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República: I Série, n.º 57 <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/15-2014-571943>
- Lei n.º 156/2015 do Ministério do Ambiente, Ordenamento do Território e Energia. (2015). Diário da República: I Série, n.º 181. <https://dre.pt/application/conteudo/70309896>
- Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing : development and progress*. 5ª ed. Wolters Kluwer Health. ISBN 978-1-60547-211-9
- Meneses, R. (2019). Humanização da Saúde: da Intenção à Inteligência Emotiva. *Revista Científica Internacional*, 1, 11-15. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/71780>
- Müller, M., Jürgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W., & Stock, S. (2018). Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ Open*, 8, 1 – 10. <https://bmjopen.bmj.com/content/8/8/e022202>
- Neves, M., & Pacheco, S. (2004). *Para uma ética da enfermagem – desafios*. Gráfica de Coimbra. ISBN: 9789726033264.
- Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde (2021). *Portugal: Perfil de Saúde do País 2021, Estado da Saúde na EU*. https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_pt_portuguese.pdf
- Oliveira, L.; Queirós, P. & Castro, F. (2015). A competência profissional dos enfermeiros. Um estudo em hospitais portugueses. *INFAD Revista de Psicologia*, 2 (1), 143-158. <https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/331>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001a). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001b). *Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias*. Parecer CJ/20 (14 de maio de 2001).

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer_CJ_20-2001.pdf)

- Page, M., Boutron, I., Shamseer, L., Brennan, S., Grimshaw, J., Li, T., McDonald, S., Thomas, J., & Whiting, P. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ Journals*, 71, 1 – 9. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Petronilho, F. (2009). Produção de indicadores de qualidade: a enfermagem que queremos evidenciar. *Revista Sinais Vitais*, 82, 35 - 43.
- Portaria nº 82/2014 do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República: I série, n.º 71. <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/82-2014-25343991>
- Pun, J., Chan, E., Man, M., Eggins, S., & Slade, D. (2019). Pre- and post evaluations of the effects of the Connect, Ask, Respond and Empathise (CARE) protocol on nursing handover: A case study of a bilingual hospital in Hong Kong. *Journal Clinical Nursing*, 20, 3001 – 3011. <https://doi.org/10.1111/jocn.14871>
- Pun, J. (2021). Factors associated with nurses' perceptions, their communication skills and the quality of clinical handover in the Hong Kong context. *BMJ Nursing*, 20 (95), 1-8. <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-021-00624-0>
- Regulamento n.º 190/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República: II Série, n.º 79. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_190_2015_Regulamento_do_Profil_de_Competicencias_Enfermeiro_Cuidados_Gerais.pdf
- Regulamento n.º 361/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República: II Série, n.º 123. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_356_2015_PadroesQualidadeCuidadosEspEnfSaudeMental.pdf
- Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II Série, n.º 135. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II Série, n.º 26. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Resolução nº 8/2011 da Presidência do Conselho de Ministros. (2011). Diário da República: I Série, n.º 17. <https://dre.pt/dre/detalhe/resolucao-conselho-ministros/8-2011-280944>
- Ruivo, M., Ferrito, C., Nunes, L & Estudantes do 7º Curso de Licenciatura em Enfermagem. (2010). Metodologia de projeto: Coletânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, 15, 1-37.
- Serrão, D.; & Nunes, R. (1998). *Ética em cuidados de saúde*. Porto Editora. ISBN 972-0-06033-6
- The Joint Commission. (2017). Inadequate hand-off communication. Sentinel Event Alert, 58, 1-6. [https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sea_58_hand_off_comms_9_6_17_final_\(1\).pdf](https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sea_58_hand_off_comms_9_6_17_final_(1).pdf)
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas da Enfermagem e Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª ed. Lusociência. ISBN: 972-8383-74-6.
- Universidade do Minho – Reitoria. (2019). *Despacho RT-31/2019: Formatação gráfica e depósito de teses de doutoramento (ou equivalente) e de trabalhos de mestrado (dissertações, relatórios de estágio, projetos ou outros)*. https://alunos.uminho.pt/EN/students/Format/1_Despacho_RT-31_2019.pdf
- Velada, A. (2007). *Avaliação da eficácia da formação profissional: factores que afectam a*

transferecna da formação para o local de trabalho. [Dissertação de Doutoramento em Psicologia Social e Organizacional, especialidade em Comportamento Organizacional, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa]. Repositório do Instituto Universitário de Lisboa. <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/626>

- Vilelas, J. (2020). *Investigação – O Processo de construção do conhecimento* (3ª ed). Edições Sílabo. ISBN 978-989-561-097-6.
- Watson, J. (2017). Enlightening the subject of nursing as fundamental for the development of professional nursing. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(4), 129-135.
- World Health Organization. (2002). *Fifty-fifth world health assembly - resolutions and decisions annexes*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259364/WHA55-2002-REC1-eng.pdf>
- World Health Organization. (2007). Communication during Patient Handovers. *Patient Safety Solutions*, 1 (3), 1-4. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/patient-safety-solutions/ps-solution3-communication-during-patient-handovers.pdf?sfvrsn=7a54c664_8
- World Health Organization. (2019). *Global action on patient safety*. WHA72.6, 1-4. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R6-en.pdf
- World Health Organization. (2020). *Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care*. ISBN 978-92-4-000570-9. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>
- World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care*. ISBN 978-92-4-003270-5 <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>

ANEXOS

Anexo 1

Certificado de apresentação de poster na "7th edition of the Phi-Xi Talk: "Healthcare Safety: from practice to regulation" da Phi-Xi Chapter of Sigma Theta Tau International



Anexo 3

Certificado de frequência de formação profissional: Suporte Avançado de Vida Cardiovascular



CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Enfarte Lda – Formação e Consultoria em Saúde, matriculada sob o número 508514207 na Conservatória do Registo Comercial de Braga, entidade detentora da marca **PLANOSAÚDE**, com sede em Vila Nova de Famalicão, Portugal, Centro Internacional de Treino da **American Heart Association** e entidade creditada pelo **INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica** para os programas de SBV com DAE e SAV, certifica que:

MARTA SÓNIA LOUREIRO NETO

natural Santo Tirso, nascido a 20/01/1989, titular do Cartão de Cidadão nº 13566871, válido até 22/02/2022, frequentou com aproveitamento (17 valores) o curso de

SUORTE AVANÇADO DE VIDA CARDIOVASCULAR

incluído no *Programa Curricular de Formação em Emergência e Trauma* da **PLANOSAÚDE**, destinado a *profissionais de saúde*, segundo com as recomendações da **American Heart Association (AHA)**, com uma carga horária de **14 horas letivas** e realizado nos dias 18 e 19 de março de 2022.

PlanoSaúde, 19 de março de 2022

O Responsável pela Entidade Formadora

Assinado por: **ESTÉVÃO MANUEL DO COITO LAFUENTE**
Num. de Identificação: 00570336
Data: 2022.04.04 10:32:19 +0100

Estêvão Lafuente, MD

Instrutor AHA nº 04110002065



Este Documento Certifica que o titular acima completou com sucesso as avaliações nacionais e cognitivas e de capacidade, de acordo com o currículo da American Heart Association para o Programa de Suporte Avançado de Vida, com a validade de dois anos.

Anexo 4

Certificado do *Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS)* da American Heart Association

ADVANCED CARDIOVASCULAR LIFE SUPPORT

ACLS Provider



American Heart Association.

MARTA SÓNIA LOUREIRO NETO
has successfully completed the cognitive and skills evaluations
in accordance with the curriculum of the American Heart Association
Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS) Program.

Issue Date 19/03/2022	Renew By 31/03/2024
Training Center Name ENFARTE Lda. TC	eCard Code rhahurvn2afadxbsenxhij
Training Center ID ZL20716	QR Code 
Training Center City, Country Guimaraes, Portugal	
Training Site Name ENFARTE Lda. TS	

To view or verify authenticity, students and employers should scan this QR code with their mobile device or go to <https://certificates.heart.org/certificates>

© 2020 American Heart Association. All rights reserved. 20-2862 4/20

Anexo 5

Certificado de Presença no VI Congresso da Ordem dos Enfermeiros



CERTIFICA-SE QUE

Marta Sónia Loureiro Neto

esteve presente no VI Congresso dos Enfermeiros,
realizado de 5 a 7 de maio de 2022, no Altice Fórum Braga.

Ana Rita Cavaco
Bastonária da Ordem dos Enfermeiros

Ana Fonseca
Presidente da Comissão Científica
do VI Congresso dos Enfermeiros



Anexo 6

Certificado de presença na "7th edition of the phi-xi talk "healthcare safety: from practice to regulation" da Phi-Xi Chapter of Sigma Theta Tau International



Anexo 7

Certificado de participação no 1º Congresso de Enfermagem em Urgência e Emergência do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)



Anexo 8

Plano de Ação de Formação



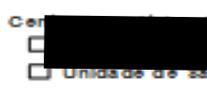
PLANO DE AÇÃO DE FORMAÇÃO

Curso/Formação:	"A TÉCNICA ISBAR NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS"
ENQUADRAMENTO / FUNDAMENTAÇÃO:	A QUALIDADE DA COMUNICAÇÃO DA TRANSIÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE É UM ELEMENTO FUNDAMENTAL NA SEGURANÇA DO DOENTE, ISTO PORQUE É ASSOCIADA AO AUMENTO DA QUALIDADE DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS, A DIMINUIÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS E CONSEQUENTEMENTE DIMINUIÇÃO DA MORBILIDADE E MORTALIDADE. A DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (DGS) DEFENDE UMA COMUNICAÇÃO "(...) OPORTUNA, PRECISA, COMPLETA, SEM AMBIGUIDADE, ATEMPIADA E COMPREENDIDA POR TODOS" (2017, p. 4) E PARA TAL PRECONIZA A PADRONIZAÇÃO COM A METODOLOGIA DE ISBAR.
OBJETIVOS:	GERAL: UNIFORMIZAR A COMUNICAÇÃO NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS. ESPECÍFICOS: SENSIBILIZAR PARA A IMPORTÂNCIA DE UMA COMUNICAÇÃO EFICAZ PARA A SEGURANÇA E QUALIDADE DOS CUIDADOS; APRESENTAR A TÉCNICA DE ISBAR.
Nº DE AÇÕES:	3
DESTINATÁRIOS:	EQUIPA DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICO.
Nº DE PARTICIPANTES:	49
METODOLOGIA:	EXPOSITIVO E DEMONSTRATIVO
PROGRAMA:	<ul style="list-style-type: none">• APRESENTAÇÃO DO TEMA E OBJETIVOS;• CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA;• APRESENTAÇÃO DOS NORMATIVOS LEGAIS NACIONAL E DA INSTITUIÇÃO;• EXPLICAÇÃO DA TÉCNICA ISBAR E SUAS VANTAGENS;• APRESENTAÇÃO E DEMONSTRAÇÃO DO "REGISTO DE PASSAGEM DE TURNO – ENFERMAGEM (ISBAR)";• REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E CONCLUSÃO.
DATAS E HORÁRIOS:	03.06.2022: 8H30 – 9H; 15H-15H30; 16H-16H30.
HORAS E VOLUME DA FORMAÇÃO:	30 MINUTOS
LOCAL:	SALA R1
FORMADORES:	MESTRANDA MARTA NETO (MESTRADO DE ENFERMAGEM NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA – UNIVERSIDADE DO MINHO).
AValiação:	QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO (IMP.CHMA.090.v1)
CUSTOS:	NENHUNS A DECLARAR

O Responsável

Anexo 9

Boletim de inscrição em Ação de Formação

  S.P.E.
 Unidade de Santo Tirso

BOLETIM DE INSCRIÇÃO

Curso: _____
Ação: _____

DADOS PESSOAIS

N.º Mecanográfico: _____
Nome: _____ Data Nascimento: _____
Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____
Residência: _____ Telefone: _____
Código Postal: _____ Localidade: _____
Habilitações Literárias: _____ BI/CC: _____
Emitido em: _____ Arquivo de: _____

DADOS PROFissionais

Serviço: _____ Categoria: _____
Função /Cargo: _____

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Razões que o (a) levaram a inscrever-se nesta ação de formação: _____

Outras informações relevantes: _____

O FORMANDO

AUTORIZADA A FREQUÊNCIA.
A Formação tem interesse para o Serviço.
O Serviço fica assegurado e não tem encargos com trabalho extraordinário

O RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO

Anexo 11

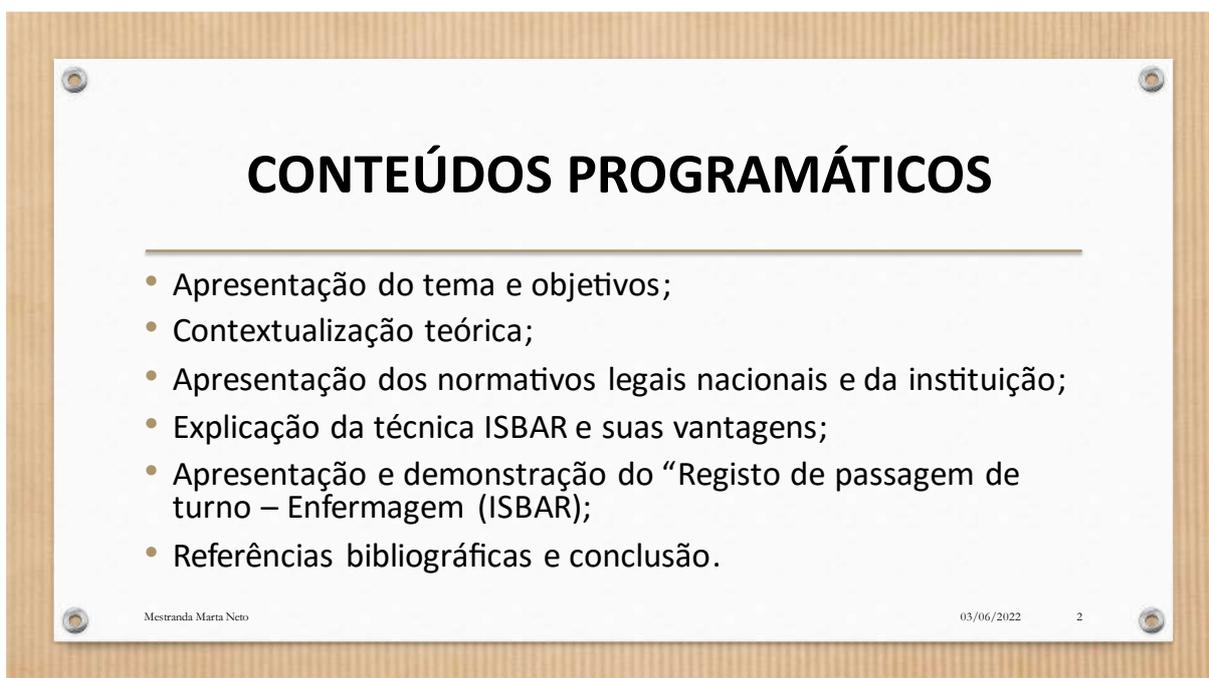
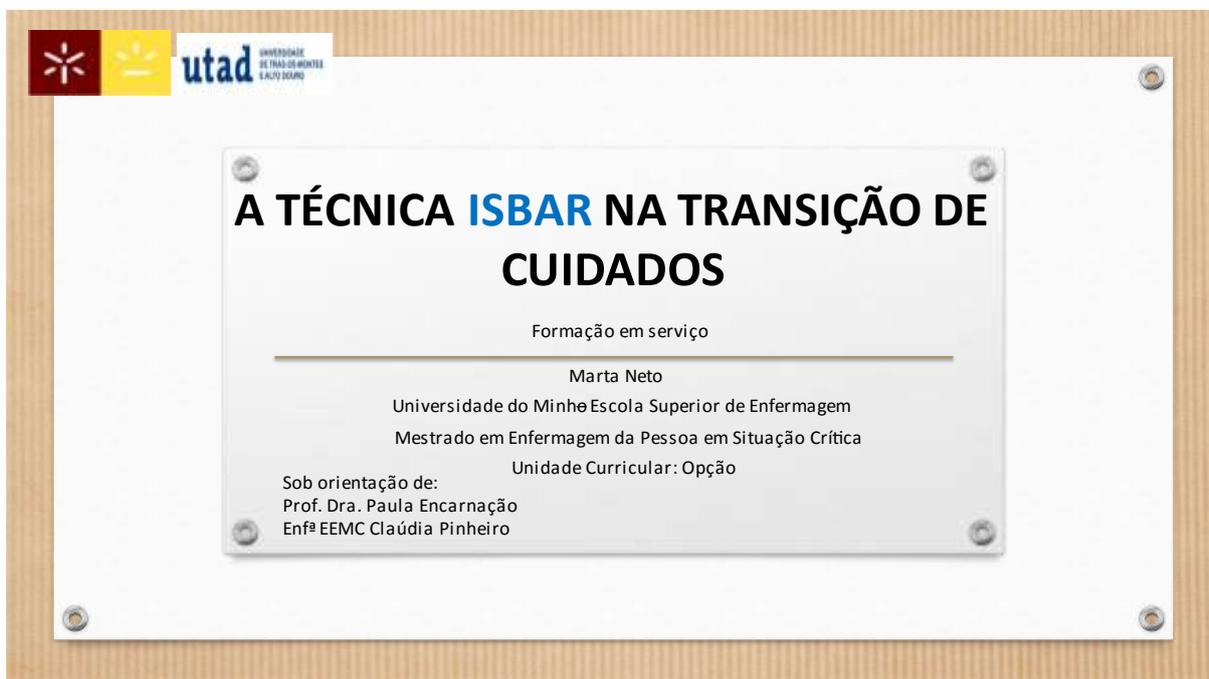
Relatório de Curso/Ação de Formação



RELATÓRIO DE CURSO / AÇÃO DE FORMAÇÃO

CURSO/FORMAÇÃO:	"A técnica de ISBAR na transição de cuidados"
ENQUADRAMENTO / FUNDAMENTAÇÃO:	A QUALIDADE DA COMUNICAÇÃO DA TRANSIÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE É UM ELEMENTO FUNDAMENTAL NA SEGURANÇA DO DOENTE, ISTO PORQUE É ASSOCIADA AO AUMENTO DA QUALIDADE DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS, À DIMINUIÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS E CONSEQUENTEMENTE DIMINUIÇÃO DA MORBILIDADE E MORTALIDADE. A DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (DGS) DEFENDE UMA COMUNICAÇÃO "[...] OPORTUNA, PRECISA, COMPLETA, SEM AMBIGUIDADE, ATEMPADA E COMPREENDIDA POR TODOS" (2017, P. 4) E PARA TAL PRECONIZA A PADRONIZAÇÃO COM A METODOLOGIA DE ISBAR.
OBJETIVOS	<u>GERAL:</u> UNIFORMIZAR A COMUNICAÇÃO NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS. <u>ESPECÍFICOS:</u> SENSIBILIZAR PARA A IMPORTÂNCIA DE UMA COMUNICAÇÃO EFICAZ PARA A SEGURANÇA E QUALIDADE DOS CUIDADOS; APRESENTAR A TÉCNICA DE ISBAR.
FORMANDOS COM CERTIFICADO	50
FORMADORES	MARTA NETO
CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	<ul style="list-style-type: none">• APRESENTAÇÃO DO TEMA E OBJETIVOS;• CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA;• APRESENTAÇÃO DOS NORMATIVOS LEGAIS NACIONAL E DA INSTITUIÇÃO;• EXPLICAÇÃO DA TÉCNICA ISBAR E SUAS VANTAGENS;• APRESENTAÇÃO E DEMONSTRAÇÃO DO "REGISTO DE PASSAGEM DE TURNO – ENFERMAGEM (ISBAR)". REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E CONCLUSÃO.
RECURSOS DIDÁTICOS UTILIZADOS	COMPUTADOR, PROJETOR E SUPORTE PAPEL
METODOLOGIA	MÉTODO EXPOSITIVO E DEMONSTRATIVO
DATA DE REALIZAÇÃO LOCAL E HORÁRIO	03.06.2022: 8H30, 15H E 16H NA SALA R1
AValiação	A AÇÃO DE FORMAÇÃO CONTOU COM A PRESENÇA DE 64 % DA EQUIPA DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICO, VERIFICANDO-SE QUE EXISTIU APENAS 1 FALTA DAS INSCRIÇÕES REALIZADAS. A FASE EXPOSITIVA DECORREU DENTRO DO TEMPO ESTIPULADO SENDO QUE A AÇÃO SE PROLONGOU PARA CERCA DE 45 MINUTOS TOTAIS DEVIDO À FASE DEMONSTRATIVA QUE TEVE ENORME PARTICIPAÇÃO ATIVA DOS FORMANDOS COM SUGESTÕES DE MELHORIA, APRECIACÕES E EXEMPLIFICAÇÃO DE CASOS PRÁTICOS. NO FINAL DE CADA AÇÃO EXISTIU UM MOMENTO DE AVALIAÇÃO FORMAL ONDE FOI SOLICITADO AOS FORMANDOS O PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO (IMP.CHMA.090.V1). FORAM PREENCHIDOS NA TOTALIDADE E ENTREGUES 33 QUESTIONÁRIOS. DA APRECIACÃO DESSE QUESTIONÁRIO VERIFICARAM-SE 0 RESPOSTAS NO GRAU 1, 3 RESPOSTAS NO GRAU 2 (0,5%), 34 RESPOSTAS NO GRAU 3 (5,4%), 186 RESPOSTAS NO GRAU 4 (29,7%) E 394 NO GRAU 5 (62,8 %). EM SUMA A AÇÃO DE FORMAÇÃO TEVE ENORME ADESAO E

IMP.CHMA.090.V1



OBJETIVOS

Uniformizar a comunicação na transição de cuidados

Sensibilizar para a importância de uma comunicação eficaz para a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem

Apresentar a técnica de ISBAR

COMUNICAÇÃO EFICAZ PARA A SEGURANÇA DO DOENTE

“To err is human” do Instituto de Medicina Americano publicado no ano 2000, foi o primeiro e grande impulsionador do movimento em torno da segurança do doente” (Figueiredo et al, 2020, p. 35).



“A evidência científica demonstra que os erros médicos originaram até 400.000 mortes por ano em 2013, tornando a comunicação efetiva ainda mais importante, especialmente em áreas de alto risco como: medicações, serviços de urgência e serviços de pediatria” (Eppich, 2015 cit. por Figueiredo et al, 2020, p. 36).

OMS

2002 – “eventos adversos” em saúde e preconiza que os sistemas de saúde devem possuir um plano de segurança dos cuidados;

2011 – “Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente”.

“As falhas de comunicação podem provocar graves interrupções na continuidade dos cuidados, um tratamento inadequado e um dano potencial para o doente”

COMUNICAÇÃO EFICAZ PARA A SEGURANÇA DO DOENTE



DGS

Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026
(Aprovado em 24,09,2021)

PILAR 3: COMUNICAÇÃO

Objetivo Estratégico 3.2: Melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados

Ações:

- Atualização dos normativos sobre comunicação na transição de cuidados de saúde;
- Desenvolvimento e implementação de ferramentas de comunicação, para uma transição e transferência na prestação de cuidados segura, entre os profissionais de saúde e os diferentes níveis de cuidados de saúde;
- Desenvolvimento de programas de formação específica dirigida aos profissionais de saúde, sobre transferência de informação, durante o processo de transição de cuidados.



NORMA Nº 001/2017

“Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”

ISBAR: ferramenta de padronização de comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados.



PROCEDIMENTO PRO. ~~XXXX~~.163.V1:
“COMUNICAÇÃO EFETIVA NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS”

Homologado e divulgado a 03,11,2021

I S B A R

Identificação Situação atual Antecedentes Avaliação Recomendações

- | | | | | |
|--|--|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Identificação completa do doente; • Identificação dos profissionais envolvidos; • Serviço de origem/destinatário; • Identificação da pessoa significativa | <ul style="list-style-type: none"> • Data e hora de admissão; • Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde; • Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar. | <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes dínicos; • Nível de dependência; • Diretivas antecipadas de vontade; • Alergias; • Terapêutica de ambulatório; • Técnicas invasivas realizadas; • Presença ou risco de IACS; • Situação social. | <ul style="list-style-type: none"> • Problemas ativos; • Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída; • Alterações do estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas; • Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas. | <ul style="list-style-type: none"> • Indicação do plano de continuidade de cuidados; • Informação sobre consultas e MCDT agendados; • Identificação de necessidades do cuidador informal. |
|--|--|---|--|--|

ASPETOS POSITIVOS

- Fácil memorização
- Replicação em diferentes contextos (passagens de turno, transferência intra e inter-hospitalares)
- Simple, flexível, concisa e clara
- Contribui para uma rápida tomada de decisão
- Diminui a probabilidade de erro
- Promove o pensamento crítico
- Permite a rápida integração de novos profissionais

REGISTO DE PASSAGEM DE TURNO – ENFERMAGEM (ISBAR)

REGISTO DE PASSAGEM DE TURNO – ENFERMAGEM (ISBAR)														
Área	I – Identificação (Colocar etiqueta do doente)	S - Situação Atual (Módo Diagnóstico e MCDT's)	B - Antecedentes (APP* e Técnicas Invasivas)	A – Avaliação										R – Recomendações (Plano de cuidados; agendamentos; vigilância de equipamentos, e não no si)
				Perfusões/ Medicção (Dose/Via/Hora)	O2/VI	Monitorizações				Horários / Turno				
						SV	GC	DU	BH	h	h	h	h	
	Nome: Nº processo: Proveniência: Data entrada: Pessoa significativa:													
	Nome: Nº processo: Proveniência: Data entrada: Pessoa significativa:													
	Nome: Nº processo: Proveniência: Data entrada: Pessoa significativa:													



REGISTO DE PASSAGEM DE TURNO – ENFERMAGEM (ISBAR)														
Área/ Nº	I – Identificação (Colocar etiqueta do doente)	S - Situação Atual (Motivo/Diagnóstico e MCDT's)	B - Antecedentes (APP* e Técnicas Invasivas)	A – Avaliação										R – Recomendações (plano de cuidados; agendamentos...)
				Perfusões/ Medicção (Dose/Via/Hora)	O2/VI	Monitorizações				Horários / Turno				
						SV	GC	DU	BH	9h	11h	13h	15h	
L2	Joaquim Azevedo Silva, 83 A Nº processo: 80023 Proveniência: INEM Data entrada: 06,05,2022 Pessoa significativa: Filha, D. Maria (910000000)	ICC descompensada + ITU H, B, C, Urina, ECG	C,HTA, Dislipidemia. Autónomo MH: Sacubitril+valsartan S/ alergias	15h - SF 42 ml/h	CN 2l/min	8/8h	3x	3x	7h	GC - 101		GC - 112	TA – 143/86mm Hg: FC – 91bpm; T -37,2ºC; Dor – 0; FR – 20cl/min; D - 500	Efetuada espólio de roupa

REGISTO DE PASSAGEM DE TURNO – ENFERMAGEM (ISBAR)



Com a elaboração, desenvolvimento e posterior implementação deste documento, pretende-se validar a necessidade de intervenção nesta área de cuidados no SU, em prol de uma cultura de segurança do doente.



Potenciar a qualidade e segurança dos cuidados de saúde prestados aos doentes no SU, através de uma comunicação eficaz, oportuna, exata, completa, inequívoca e compreensível por todos, nos momentos de transição de cuidados de enfermagem.



Cumprir com a missão preconizada pela DGS no seu Plano para a Segurança do doente (2016-2026) e aplicar na prática o procedimento interno do ~~SU~~.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Diário da República - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2021). Despacho n.º 9390/2021 -Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026 (PNSD 2021 -2026). Diário Da República, 2.a Série — N.º 187 — 24 de Setembro de 2021, 96 –103.
- DGS. (2011). Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final, 142.
- DGS. (2017). Norma DGS nº 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Direcção Geral da Saúde, 8. <https://www.dgs.pt/directrizesda-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- Figueiredo A. R. E., Potra, T. M. F. S. & Lucas, P. R. M. B. (2020). Transição de cuidados de enfermagem ISBAR na promoção da segurança dos doentes – revisão scoping. Revista Internacional de Comunicación 49, p. 32 -48
- WHO. (2002). Quality of care: patient safety. Fifty-fifth World Health Assembly, May, 1-2.



Obrigada!

A TÉCNICA DE ISBAR
 Ferramenta para a comunicação na transição de cuidados

I	S	B	A	R
Identificação	Situação atual	Antecedentes	Avaliação	Recomendações
<ul style="list-style-type: none"> • Identificação completa do doente; • Identificação dos profissionais envolvidos; • Serviço de origem/destinatário; • Identificação da pessoa significativa 	<ul style="list-style-type: none"> • Data e hora de admissão; • Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde; • Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes clínicos; • Nível de dependência; • Diretivas antecipadas de vontade; • Alergias; • Terapêutica de ambulatório; • Técnicas invasivas realizadas; • Presença ou risco de IACS; • Situação social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas ativos; • Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída; • Alterações do estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas; • Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Indicação do plano de continuidade de cuidados; • Informação sobre consultas e MCDT agendados; • Identificação de necessidades do cuidador informal.

Elaborado por: Marta Neto (Mestranda em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica) e Enfermeira EEMC Cláudia Pinheiro
 junho de 2022

Anexo 14

“Registo de passagem de turno – Enfermagem (ISBAR)”

REGISTO DE PASSAGEM DE TURNO – ENFERMAGEM (ISBAR)					Turno:		Data:							
Área/Nº	I – Identificação (Colocar etiqueta do doente)	S - Situação Atual (Motivo/Diagnóstico e MCDT's)	B - Antecedentes (APP* e Técnicas invasivas)	A – Avaliação								R – Recomendações		
				Perfusões/ Medicação (Dose/Via/Hora)	O2/VNI	Monitorizações				Horários / Turno				Feridas
						SV	GC	DU	BH	h	h	h	h	
Nome: Nº processo: Proveniência: Data entrada: Pessoa significativa:														
Nome: Nº processo: Proveniência: Data entrada: Pessoa significativa:														

MCDT – Meios complementares de diagnóstico e terapêutica; APP - Antecedentes patológicos pessoais* (Medicação habitual, nível dependência, alergias, diretivas antecipadas de vontade, risco de infecção associada aos cuidados de saúde, quedas e situação Social); O2- oxigénio; VNI – Ventilação não invasiva; SV – Sinais vitais; GC – Glicemia capilar; DU – Débito urinário; BH – Balanço hídrico; h - horas.

ALERTAS DO SERVIÇO:

Este registo carece de informação confidencial pelo que deve ser arquivado em local próprio

Anexo 15

Questionário de Avaliação da Ação de Formação



QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

CURSO: _____ AÇÃO Nº: _____ DATA: **03.06.2022**

Pedimos a sua colaboração no preenchimento deste questionário, no sentido de melhorar as atividades do Gabinete de Formação e Ensino Pré e Pós Graduado.
Defina o seu grau de apreciação, assinalando com um (X) a opção que melhor se ajusta à sua opinião.
1=Discordo fortemente; 2=Discordo moderadamente; 3= Nem concordo nem discordo; 4=Concordo moderadamente; 5=Concordo fortemente;

	1	2	3	4	5
1- Os conteúdos abordados na ação foram relevantes para as minhas funções;					
2- Os conteúdos foram apresentados de forma interessante;					
3- O formador expôs os assuntos de forma clara;					
4- O formador demonstrou domínio dos conteúdos;					
5- O formador despertou o interesse para a ação, mantendo a ação ativa;					
6- Foi-me dada a oportunidade de participar nas diferentes atividades;					
7- A ação respondeu às minhas necessidades nesta área;					
8- O nível anterior dos meus conhecimentos já era adequado aos conteúdos abordados;					
9- As instalações onde decorreu a ação e os equipamentos audiovisuais utilizados foram apropriados;					
10- A documentação distribuída foi adequada;					
11- No exercício das minhas funções aplicarei muito do que aprendi;					
12- Existiu equilíbrio entre as dinâmicas do formador e o envolvimento do grupo;					
13- Considero a duração da ação adequada;					
14- Considero o horário da ação ajustado;					
15- Participei ativamente na ação;					
16- Os objetivos da ação foram atingidos;					
17- Esta ação proporcionou a partilha de experiências entre os formandos;					
18- Considero adequada a organização desta ação;					
19- De um modo geral, fiquei satisfeito(a) com esta ação;					
20- Para que o Gabinete de Formação e Ensino Pré e Pós Graduado, possa prestar um melhor serviço no futuro, refira os aspetos que mais e menos gostou desta formação, e/ou dê sugestões: _____ _____					

Gratos pela sua colaboração!

Anexo 16

Questionário de Avaliação pelo formador



QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO PELO FORMADOR

CURSO: _____

AÇÃO Nº: _____

DATA: ____ / ____ / ____

Pedimos a sua colaboração no preenchimento deste questionário, no sentido de melhorar as atividades do Gabinete de Formação e Ensino Pré e Pós Graduado.

Defina o seu grau de apreciação, assinalando com um (X) a opção que melhor se ajusta à sua opinião.

1=Discordo fortemente; 2=Discordo moderadamente; 3= Nem concordo nem discordo; 4=Concordo moderadamente; 5=Concordo fortemente

	1	2	3	4	5
1- Os objetivos definidos para esta ação foram atingidos;					
2- Considero a duração da ação adequada;					
3- Considero o horário da ação ajustado;					
4- A pontualidade/assiduidade dos formandos foi cumprida ao longo da ação;					
5- A seleção dos formandos foi ajustada com o tipo de ação;					
6- Os pré-requisitos indispensáveis para a participação na ação estavam presentes na maioria dos formandos;					
7- Os formandos demonstraram interesse pelos assuntos e atividades propostas;					
8- Os formandos demonstraram capacidade de aprendizagem;					
9- Os formandos participaram e corresponderam às minhas solicitações;					
10- O programa adotado foi adequado ao grupo de formandos;					
11- As instalações onde decorreu a ação e os equipamentos audiovisuais utilizados foram apropriados;					
12- Considero que os conteúdos abordados nesta ação melhorarão o desempenho de cada formando;					
13- Considero a documentação que distribuí adequada;					
14- O apoio do Gabinete de Ensino Pré e Pós Graduado (a nível de acolhimento, disponibilidade, facilidade de contacto, acompanhamento pedagógico e administrativo) foi adequado;					
15- Estou disponível para a colaboração numa próxima ação, caso o CHMA o solicite;					
16- Para que o Gabinete de Formação e Ensino Pré e pós Graduado possa prestar um melhor serviço aquando da realização de um curso semelhante a este, refira os aspetos que poderiam ser melhorados: _____ _____ _____					

Gratos pela sua colaboração!

Anexo 17

Grelha de Observação da técnica ISBAR

GRELHA DE OBSERVAÇÃO DA TÉCNICA ISBAR				
Data:				
Contexto da Observação (passagem de turno – PT/Transferência de doente para outro serviço – T):				
	CRITÉRIOS	SIM	NÃO	NA (não aplicável)
I Identificação	Nome completo, género, data nascimento e nacionalidade			
	Nome e função do profissional de saúde emissor			
	Nome e função do profissional de saúde recetor			
	Serviço de origem/destinatário			
	Identificação de pessoa significativa/cuidador			
S Situação Atual/Causa	Data e hora da emissão			
	Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde			
	Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar			
B Antecedentes/ Anamnese	Antecedentes clínicos			
	Níveis de dependência			
	Diretivas antecipadas de vontade			
	Alergias conhecidas ou da sua ausência			
	Hábitos relevantes			
	Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma			
	Técnicas invasivas realizadas			
	Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar			
A Avaliação	Identificação da situação social e da capacitação do cuidador			
	Problemas ativos			
	Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída			
	Alterações do estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas			
R Recomendações	Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas			
	Indicação do plano de continuidade de cuidados			
	Informação sobre consultas e MCDT agendados			
Anotações:	Identificação da necessidade do cuidador informal			

Adaptado de: Direcção Geral da Saúde. (2017). *Norma nº 001/2017 de 08/02/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Lisboa. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

Anexo 18

Certificado de apresentação de Poster no VI Congresso da Ordem dos Enfermeiros



Certifica-se que

Marta Neto

apresentou o trabalho intitulado "A comunicação na transição de cuidados ao doente crítico: utilização da técnica ISBAR pelos enfermeiros de um serviço de urgência", no formato de Poster, que teve como autor/autores Cláudia Pinheiro; Paula Encarnação no VI Congresso da Ordem dos Enfermeiros, que se realizou nos dias 5, 6 a 7 de maio de 2022, com duração total de 19 horas, no Altice Forum Braga.

Braga, 7 de maio de 2022

Ana Rita Pedroso Cavaco
Presidente do VI Congresso dos Enfermeiros

Ana Fonseca
Presidente da Comissão Científica
do VI Congresso dos Enfermeiros



